

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N° 48

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 25 novembre 1896, à 1 heure

ARMAND-PIERRE ODOUL

Né à Saint-Flour, le 25 octobre 1872.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT PAR L'EXÉRÈSE

Des Fistules Uréthro-Périnéales

Président : M. TERRIER, professeur.

*Juges : } MM. POTAIN, professeur.
SEBILEAU et GILLES DE LA TOURETTE, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
15, Rue Racine, 15

1896

Année 1896

THÈSE

N°

48

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 25 novembre 1896, à 1 heure

ARMAND-PIERRE ODOUL

Né à Saint-Flour, le 25 octobre 1872.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT PAR L'EXÉRÈSE

Des Fistules Uréthro-Périnéales

Président : M. TERRIER, professeur.

*Juges : } MM. POTAIN, professeur.
 } SEBILEAU et GILLES DE LA TOURETTE, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1896

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie.	ARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	N.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL
Pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.	POUCHET.
Hygiène.	LANDOUZY
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE
	STRAUS.
	G. SEE.
Clinique médicale.	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladie des enfants.	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.	TILLAUX.
Clinique chirurgicale.	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique ophthalmologique.	PANAS.
Clinique d'accouchements.	TARNIER.
	PINARD.
Professeur honoraire	
M. PAJOT.	
Agrégés en exercice.	

MM.			
ACHARD	GAUCHER	MARIE	SEBILLEAU
ALBARRAN	GILBERT	MÉNÉTRIÉ	THIERRY
ANDRÉ	GILLES DE LA	NELATON	THOINOT
BAR	TOURETTE	NETTER.	TUFFIER
BONNAIRE	GLEYS	POIRIER, chef des	VARNIER
BROCA	HARTMANN	travaux anatomi-	WALTHER
CHANTEMESSE	HEIM	ques.	WEISS
CHARRIN	LEJARS	RETTÉRIER	WIDAL
CHASSEVANT	LETULLE	RICARD	WURTZ
DELBET	MARFAN	ROGER	

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Témoignage d'amour filial
Hommage de ma reconnaissance

A MA SŒUR ET A MON FRÈRE

A TOUS MES PARENTS

A TOUS MES VRAIS AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR TERRIER

Chirurgien à l'hôpital Bichat
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554021_0017



· AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de nos études médicales, qu'il nous soit permis de jeter un regard en arrière et de remercier ici publiquement les maîtres qui nous ont prodigué leur enseignement et leurs conseils.

M. le Dr Quénu, à l'hôpital Cochin, nous a appris à connaître et à aimer la chirurgie ; nous ne saurions trop le remercier pour ses excellentes leçons et l'enseignement précieux qu'il nous a donné.

Plus tard nous avons eu la bonne fortune d'être admis par M. le Dr Sebilleau à suivre son service de consultation ; il a bien voulu nous guider dans le choix de notre sujet de thèse et nous a fourni trois observations ; aussi nous tenons à lui exprimer toute notre gratitude et à le remercier pour la bienveillance dont il a toujours fait preuve à notre égard.

Le temps que nous avons passé comme stagiaire dans le service de notre regretté maître, M. le Dr Hanot, nous a semblé bien court ; nous adressons

ici à sa mémoire l'hommage ému de notre reconnaissance et de notre vénération.

Les belles et intéressantes leçons de M. le professeur Pinard, les cliniques de M. le Dr Charrin à l'Hôtel-Dieu, les leçons du mardi de M. le professeur Raymond à la Salpêtrière, les consultations de M. le Dr Brocq pour les maladies de la peau, celles de M. le Dr Jules Simon pour les maladies des enfants, nous ont été d'une grande utilité en nous permettant de compléter notre instruction médicale; nous prions tous ces savants maîtres qui nous ont si largement fait bénéficier de leur science, de recevoir le témoignage respectueux de notre gratitude.

Que M. le professeur Terrier veuille bien accepter l'hommage de notre plus vive reconnaissance et de nos plus sincères remerciements pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.





HISTORIQUE

L'idée d'enlever les callosités périnéales ou scrotales qui accompagnent si souvent les fistules urinaires, n'est pas nouvelle, puisqu'au dire de Celse, elle était déjà mise en pratique par les chirurgiens de l'antiquité. Ceux-ci regardaient la callosité, non pas comme une complication, mais comme la cause première de la fistule ; il était donc rationnel de la faire disparaître en vertu de l'axiome : *sublata causa, tollitur effectus*.

Il faut arriver ensuite au commencement du XVIII^e siècle pour trouver dans la littérature médicale la mention d'une opération analogue.

En 1725, Ledran, ayant à soigner un officier anglais dont le périnée et les bourses étaient criblés de fistules, extirpa une partie des trajets fistuleux avec les indurations qui les entouraient, puis introduisit dans la vessie une sonde à demeure ; quelque temps après l'urine s'écoulait en totalité par la verge. Mais dans un autre cas le malade ne guérit

qu'au bout d'un an après avoir couru les dangers les plus graves. Aussi cette méthode ne trouva alors que peu d'imitateurs malgré le principe éminemment chirurgical sur lequel elle reposait.

Sœmmering s'en tenait à l'incision des trajets sur la sonde cannelée et traitait en même temps le rétrécissement par des sondes élastiques. Il écrivait en 1822 : « L'extirpation des callosités est une opération *crUELLE* que je n'ai jamais considérée comme utile. »

Chopart en 1855 reproche à Ledran d'être trop exclusif et de faire de l'excision une méthode générale destinée à remplacer le traitement par la sonde à demeure. « Ledran et ses contemporains ne se bornaient pas à pratiquer des incisions, dit-il, ils excisaient ou retranchaient aussi les callosités qui accompagnaient les trajets fistuleux; elles leurs paraissaient être de l'essence de la fistule, quoiqu'elles n'en soient qu'une complication accidentelle. Les connaissances plus exactes de leurs successeurs sur la nature et le traitement de ces fistules ont fait abandonner la doctrine de ces chirurgiens et ont garanti les malades de ces excisions inutiles et quelquefois dangereuses. »

Plus loin cependant le même auteur fait quelques concessions et reconnaît que, dans quelques cas exceptionnels, la pratique de Ledran est utile.

« S'il arrive cependant, dit-il, que ces fistules se multiplient, qu'elles soient compliquées de beaucoup de callosités et d'un tel engorgement de l'urè-

thre, que les urines coulent très peu ou point par la verge....; si les fistules rendent du pus en grande abondance, si le malade a des envies continuelles d'uriner et des douleurs de vessie, si ses urines s'échappent difficilement par les ouvertures fistuleuses, s'il a de la fièvre et de l'insomnie, s'il tombe dans l'amaigrissement, il est à craindre que ces accidents n'augmentent et ne l'exposent au danger de périr. On ne doit pas alors hésiter à faire une incision profonde et d'une grande étendue au périnée sur le trajet des fistules comme le fait Ledran. Il ne sera nécessaire d'emporter une partie des callosités ou des téguments endurcis et criblés d'ouvertures fistuleuses qu'autant qu'ils paraîtront désorganisés. »

Heister dans ses *Institutions de chirurgie* et plus tard Boyer recommandèrent l'incision combinée à l'excision et à la suture, mais seulement, comme Chopart, dans des cas tout à fait exceptionnels.

Amussat dans ses *Leçons sur les rétentions d'urine*, se déclare adversaire résolu de cette méthode de traitement : « Le procédé qui consiste à enlever avec le bistouri les parties indurées et calleuses qui entourent l'orifice externe des fistules et à réunir ensuite les bords de la plaie par des points de suture, après avoir préalablement introduit une sonde dans le canal, doit être entièrement rejeté. En effet, quelques précautions que l'on prenne, on n'empêche jamais l'urine de venir baigner cette plaie ; on court le risque d'agrandir l'orifice et, si l'on veut porter des points de suture jusque dans la muqueuse

urétrale, celle-ci ne présentant point assez de résistance, se déchire et on aggrave ainsi le mal que l'on voulait guérir. »

Depuis cette époque, l'exérèse tomba à peu près dans l'oubli; Cocteau la juge inutile et n'en fait guère mention que pour la condamner. « Cette pratique, dit-il, suivie d'accidents très graves, est abandonnée aujourd'hui. Les indurations, les callosités, après la suppression de l'écoulement de l'urine, se ramollissent et se résorbent peu à peu. »

De même les thèses de la Faculté de Paris, ou bien sont muettes sur ce sujet ou bien rejettent d'emblée la méthode; nous lisons dans la thèse de Cespré (1870) : « *L'excision est abandonnée aujourd'hui; elle est inutile et dangereuse.* »

C'est à Voillemier que revient l'honneur d'avoir attiré de nouveau l'attention sur une méthode depuis si longtemps dédaignée, à laquelle la pratique chirurgicale fut redevable par la suite de si éclatants succès.

Dans un remarquable travail publié en 1874 dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, il décrit un nouveau mode opératoire qu'il avait employé dans les cas de fistules anciennes, accompagnées d'une induration « considérable des tissus, alors surtout qu'il existe entre l'ouverture urétrale et les ouvertures cutanées une poche, un véritable clapier », dans ces cas compliqués où l'action des sondes à demeure est toujours lente et souvent impuissante.

Chez 10 malades sur 11 que Voillemier traita de cette façon, la guérison fut parfaite et rapide ; chez le onzième la cicatrisation ne s'opéra qu'avec une extrême lenteur, mais il s'agissait d'un adulte à tempérament lymphatique, épuisé par des souffrances qui duraient depuis cinq ans. Nous reproduisons plus loin cinq de ces observations.

Presque à la même époque, M. Guyon, dans trois cas de rétrécissements anciens compliqués de fistules et d'indurations périnéales volumineuses, fut conduit à employer un mode opératoire assez différent de celui de Voillemier mais présentant cependant avec ce dernier quelques points communs. Dans ces trois cas il combina l'uréthrotomie interne avec l'excision des parties indurées.

L'élan était donné, et à partir de cette époque, des travaux assez nombreux ont paru sur cette question. M. Guyon publia à plusieurs reprises des observations dans lesquelles l'extirpation des fistules était combinée soit à l'uréthrotomie interne, soit à la résection de l'urèthre. Nous devons citer aussi Horteloup, Albarran, Daniel Mollière en France, Verhoogen en Belgique, Dittel, Ebermann en Allemagne ; dans le cours de ce travail, nous aurons à faire de fréquents emprunts aux publications de ces auteurs.

Les progrès de l'antisepsie, les perfectionnements de la technique opératoire ont augmenté les chances de réussite et ont rendu presque impossibles les accidents formidables qui survenaient autrefois et

qui, à eux seuls, suffisaient à faire considérer cette méthode radicale de traitement comme une audace dangereuse par des chirurgiens de la valeur de Cocteau, de Desault, etc.





PRÉLIMINAIRES.

QUELQUES GÉNÉRALITÉS SUR LES FISTULES URÉTHRALES CHEZ L'HOMME.

On a donné des fistules un grand nombre de définitions; Celse les appelle des ulcères canaliculés et cette notion prédomine jusqu'à Boyer qui définit la fistule « un ulcère étroit plus ou moins profond, disposé en forme de canal et entretenu par une cause locale. » Avant lui Heister n'avait même pas songé à les décrire à part, il se bornait à les mentionner comme l'une des « diverses espèces d'ulcères. »

En 1852, Cruveilhier, dans son grand *Traité d'anatomie pathologique générale*, définit ainsi les fistules : « Ce sont, dit-il, des conduits excréteurs ou supplémentaires destinés à porter au dehors un liquide physiologique ou pathologique sécrété. »

Cocteau, dans sa thèse d'agrégation, Follin, dans le *Traité élémentaire de pathologie externe*, adoptent la définition des auteurs du *Compendium* : « Une fistule est un trajet accidentel, disposé en ca-

nal plus ou moins étroit et allongé, entretenu par une altération locale et permanente des tissus vivants, et par lequel s'échappent du pus, des produits de sécrétions et d'autres matières de natures diverses, déviées de leurs réservoirs ou de leurs conduits naturels. » Cette dernière définition, impliquant l'idée d'une altération permanente, différencie un simple trajet récent d'une véritable fistule, car « on ne doit pas, dit M. Verneuil, appeler fistules les trajets d'un jour. » Elle s'applique de tous points aux fistules dont nous nous occupons.

Les fistules uréthrales chez l'homme offrent des variétés nombreuses au point de vue de leur siège, de leur direction, de leur structure, etc., et, bien qu'elles puissent s'ouvrir dans des points très éloignés de l'orifice uréthral (fesses, lombes, hypogastre), on peut les diviser en deux grandes classes suivant qu'elles établissent une communication entre le canal et la surface extérieure du corps (fistules uréthro-cutanées) ou bien entre l'urèthre et le rectum (fistules uréthro-rectales). La classe des fistules uréthro-cutanées comprend elle-même deux variétés : les fistules uréthro-périnéo-scrotales et les fistules uréthro-péniennes.

Avant d'entreprendre l'étude des fistules uréthro-périnéales et scrotales qui doivent faire l'objet de ce travail, nous dirons quelques mots des fistules uréthro-rectales et uréthro-péniennes.

Les premières sont les plus rares ; elles reconnaissent comme origine soit un traumatisme, soit l'ou-

verture simultanée dans le rectum et dans l'urèthre d'un abcès prostatique, soit enfin la dégénérescence cancéreuse du rectum et celle de la prostate. Dans les cas simples, elles peuvent s'oblitérer spontanément après un temps plus ou moins long. Mais souvent elles persistent et alors il devient nécessaire d'agir directement sur le trajet fistuleux. Nélaton se bornait à la cautérisation du trajet et rejetait les opérations sanglantes. Thompson était du même avis; il se servait de l'anse galvano-caustique dont la forme peut s'approprier à la direction du trajet fistuleux. Cependant lorsqu'il y a perte de substance proprement dite, on est bien obligé de recourir à une opération sanglante. Astley Cooper eut l'idée ingénieuse de diviser par une incision transversale le trajet fistuleux de manière à décoller l'une de l'autre les parois uréthrales et rectales; son malade guérit. En pareil cas on pourra aussi avoir recours à l'occlusion directe au moyen de la suture ou de l'autoplastie.

Les fistules péniennes peuvent succéder à des rétrécissements, à des inflammations déterminant la supuration des glandules uréthrales, ou des abcès péri-uréthraux; mais elles reconnaissent bien plus souvent pour point de départ un traumatisme, une rupture, ou une contusion du canal, sa perforation par un calcul, etc. Elles sont moins graves que les fistules périnéo-scrotales en ce sens qu'elles exposent beaucoup moins à des complications locales ou à des altérations secondaires du côté de la vessie et des

reins. Leur pronostic n'en est pas moins sérieux en raison des difficultés qu'on éprouve à en débarrasser les malades. On a employé successivement contre elles la cautérisation, la suture (uréthrorraphie), l'autoplastie (uréthroplastie); ce dernier procédé qui a donné quelques bons résultats entre les mains de Nélaton, de Dieffenbach, etc., échoué lui-même souvent à cause du siège même de la fistule et de la structure particulière de ses parois. C'est dans ces cas désespérés, devant l'insuccès des moyens thérapeutiques précédents qu'on a eu recours à la boutonnière périnéale pour dévier les urines. La sonde à demeure ou le cathétérisme répété suffiront le plus souvent à remplir ce but.

M. Monod, dans son article du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, distingue les fistules par *cicatrisation défectueuse* et les fistules par *défaul de cicatrisation*. « Les premières, dit-il, sont tapissées par un tissu bien organisé, parfois par un tissu presque normal. Dans les secondes, au contraire, les parois du canal ont exactement l'aspect, les propriétés et la structure d'une surface ulcérée : deux couches peuvent y être distinguées. La plus interne, villeuse, facilement saignante, est une véritable membrane pyogénique. Le microscope y révèle une multitude de bourgeons charnus très vasculaires, analogues aux villosités qui constituent le tissu fongueux. Autour de ce revêtement intérieur est une couche plus ou moins épaisse de tissu dense et feutré, d'apparence fibreuse, qui arrive à

former des amas durs et résistants appelés callosités. »

Ces paroles peuvent s'appliquer aux fistules uréthrales; en effet nous pouvons faire entrer les fistules péniennes dans la première catégorie (fistules par excitation vicieuse); tandis que les fistules périnéales, dont nous allons maintenant nous occuper, entreront dans la catégorie des fistules par défaut de cicatrisation; nous allons voir plus loin que la callousité joue dans l'histoire de ces dernières un rôle des plus importants.





ÉTIOLOGIE DES FISTULES URÉTHRO-PÉRINÉALES

Dans l'immense majorité des cas, les fistules urinaires du périnée sont consécutives à un rétrécissement blennorrhagique ou traumatique. Mais entre ces deux termes, rétrécissement et fistule périnéale, se place une série d'actes intermédiaires, abcès urinaires, infiltration d'urine, conséquences directes du rétrécissement; les fistules qui leur succèdent ne sont, qu'on nous passe le mot, que des complications en second. On peut en quelques mots esquisser les différentes phases de ce processus : l'urine, faisant effort derrière la stricture, produit une solution de continuité de l'urèthre; il en résulte un abcès urinaire qui s'ouvre spontanément ou est incisé par un chirurgien. Dès lors, la communication avec l'extérieur étant établie et l'obstacle urétral persistant, on comprend facilement que l'urine ait une tendance à suivre le canal de dérivation qui lui est ouvert; peu à peu le trajet s'organise et la fistule se

trouve définitivement constituée. En lisant les observations publiées plus loin, on se convaincra facilement que chez presque tous les malades l'affection a suivi une marche analogue. Après une ou plusieurs blennorrhagies, vient une période pendant laquelle il y a diminution du jet de l'urine et difficulté croissante de la miction ; puis un jour, le malade constate par hasard en arrière des bourses l'existence d'une petite tumeur arrondie, dure, de volume variable, que les uns comparent à une noix, les autres à un petit œuf de poule.

Cette tumeur, qui n'est autre qu'un abcès urinaire, inquiète fort peu le malade en raison de son indolence presque absolue et finit par s'ouvrir d'elle-même ; dès lors, à chaque miction, l'urine s'échappe en partie par l'ouverture accidentelle. Souvent d'autres abcès se reforment par la suite et le périnée finit par être criblé d'ouvertures fistuleuses.

Plus rarement, surtout en cas de rétrécissement traumatique, la déchirure de l'urèthre a donné lieu à une véritable infiltration d'urine ; dans ce cas, il peut arriver deux choses : ou bien on pratique une incision médiane profonde et hâtive et la persistance d'une fistule est peu à redouter ; ou bien l'intervention chirurgicale est différée ; dans ce dernier cas, le tégument se détruit sur plusieurs points à la fois et plusieurs ouvertures cutanées s'établissent d'emblée.

En dehors des rétrécissements, les lésions traumatiques, accidentelles ou chirurgicales, de l'urèthre

peuvent donner naissance à des fistules. Ainsi les déchirures à la suite d'un coup, d'une chute, d'une fracture des branches ischio-pubiennes avec pénétration d'une esquille dans le canal; les incisions pratiquées sur l'urèthre pour extraire un corps étranger, l'opération de la boutonnière périnéale, etc. M. Monod dans sa thèse (1880) cite un certain nombre de cas de fistules persistantes à la suite de l'uréthrotomie externe; pour expliquer l'absence de réunion de la plaie il fait jouer un rôle à l'état de l'urine qui baigne constamment ses bords; inoffensif lorsqu'il a sa composition normale, ce liquide cesse de l'être lorsqu'il est chargé de mucus et de pus.

Il faut citer aussi les inflammations diverses des follicules et des glandes de l'urèthre donnant lieu à de petits abcès glandulaires ou périuréthraux qui s'ouvrent à la fois dans le canal et à la surface cutanée; les abcès de la prostate, dont le pus se fait jour en même temps du côté du canal et vers la région périnéale antérieure; les calculs de l'urèthre, ayant pris naissance dans les glandules uréthrales et ayant déterminé leur ulcération. Dans d'autres circonstances, il s'agit d'un fragment de calcul venu de la vessie et arrêté au niveau d'un rétrécissement; d'où ulcération de la muqueuse et production d'une fistule.

Mais, pour n'être pas négligeables, ces dernières causes n'en sont pas moins tout à fait secondaires dans l'étiologie des fistules uréthro-périnéales. Il

en est de même pour un autre groupe distinct, constituant ce qu'on a appelé *fistules diathésiques*. Sous ce nom on a décrit des perforations du canal consécutives, soit à une périurétrite tuberculeuse (Englisch, de Vienne) survenant chez les tuberculeux et chez les individus prédisposés à la tuberculose, soit à des ulcérations syphilitiques (Fournier).





ANATOMIE PATHOLOGIQUE DES FISTULES URÉTHRO-PÉRINÉALES

Dans l'étude anatomo-pathologique des fistules de la région postérieure de l'urèthre, nous avons à considérer : un orifice interne ou uréthral ; un ou plusieurs orifices externes ou cutanés ; un trajet.

L'orifice uréthral est presque toujours unique, mais sa multiplicité, tout en étant très rare, est pourtant réelle. Civiale cite plusieurs cas où les parties membraneuse et prostatique de l'urèthre étaient en quelque sorte criblées de petits pertuis qui se réunissaient à peu de distance pour former tantôt un seul trajet, tantôt plusieurs. Cette disposition n'en est pas moins exceptionnelle.

Les bords de l'orifice sont le plus souvent revêtus de fongosités mollasses, blafardes, qui obturent en partie la solution de continuité et qu'on peut voir très bien lorsque l'urèthre est mis à découvert après excision d'une partie du périnée ; ces sortes de végétations sont mentionnées dans la plupart des ob-

servations de Voillemier (voir Obs. I et III). D'après ce chirurgien il faut même bien se garder de les enlever, car elles vont servir à combler la fistule ; tout au plus peut-on les toucher légèrement avec du nitrate d'argent. Quelques jours après l'opération, lorsque le pansement est renouvelé « les végétations molles qui bordaient la perforation de l'urèthre se reconnaissent encore à leur coloration plus foncée, mais elles sont déjà très modifiées et bientôt elles se confondent avec les bourgeons charnus voisins. » (*Gazette hebdomadaire*, 1874).

L'orifice externe ou cutané est rarement unique. Déjà, à propos de l'étiologie, nous avons fait remarquer que le plus souvent plusieurs abcès urinaires se développaient l'un après l'autre au périnée, s'ouvraient et donnaient naissance chacun à une fistule ; quelquefois aussi les fistules sont multiples d'emblée, lorsque par exemple elles sont causées par une infiltration d'urine et qu'il y a eu sphacèle de plusieurs points du périnée. Les ouvertures peuvent occuper tous les points du périnée ou du scrotum, la ligne médiane aussi bien que les parties latérales ; elles sont tantôt séparées par des intervalles de peau saine, tantôt réunies par deux ou par trois au sommet d'une sorte de masse fongueuse unique. En général, chaque orifice s'ouvre sur une petite végétation rougeâtre, en cul-de-poule, cachée quelquefois sous un pli de la peau ; les uns admettent facilement un stylet de trousse, les autres à peine une soie de sanglier.

Le trajet est *simple* ou *compliqué*; cette distinction, établie par Thompson, est, on va le voir, des plus légitimes. Dans les cas simples, les parties environnantes sont peu altérées; le trajet peut être plus ou moins long, plus ou moins oblique, plus ou moins irrégulier ou tortueux, coupé par des embranchements, mais il est resté à l'état de trajet simple, sans inflammation aiguë ou chronique, il se comporte en un mot comme un conduit naturel. Mais des cas aussi simples sont exceptionnels; dans leurs formes les plus habituelles et pour peu qu'elles subsistent depuis quelque temps, les fistules subissent des altérations dont l'importance est extrême au point de vue du traitement. Parmi ces complications, nous allons mentionner tout d'abord celle que M. Guyon a appelée le *clapier central* et qu'il décrit en ces termes : « En disséquant ces fistules, en suivant avec soin leur trajet, on est certain de trouver toujours une poche, un clapier central où l'urine s'était d'abord accumulée, avant d'envahir le reste du périnée.

J'insiste sur ce fait, car il a une importance capitale au point de vue du traitement. Quelle que soit la cause de la fistule, qu'elle soit consécutive à un abcès urinaire ou à une infiltration d'urine, dans ces périnées épais et indurés, il y a toujours une poche accolée à l'urèthre, au point où l'urine a commencé à sourdre et où elle s'est primitivement collectée. Cette poche centrale est revêtue d'une sorte de membrane granuleuse grisâtre, souvent tapissée de

fongosités, elle est plus ou moins distincte, mais elle est constante. C'est de ce point, de cette espèce de carrefour central et juxta-urétral, que rayonnent les trajets fistuleux. La poche est la première lésion que détermine la crevasse de l'urèthre; les trajets fistuleux ne s'établissent et ne se constituent que secondairement. Lorsque le malade vient nous consulter, les trajets fistuleux seuls attirent l'attention, ils paraissent résumer toutes les lésions. Et cependant la poche génératrice, quoique réduite, persiste encore. C'est en sachant arriver jusqu'à elle que vous remonterez à la source du mal (1). »

Voillemier, dans la *Gazette hebdomadaire* de 1874, avait déjà attiré l'attention sur cette particularité; pour lui la poche résulte d'un abcès du périnée communiquant avec l'urèthre et consécutif à la rupture du canal. « Si la poche purulente, dit-il, ne se vide qu'incomplètement à cause de l'étroitesse des ouvertures ou d'une disposition anatomique particulière, elle finit par s'organiser et ne s'efface plus. Alors il existe entre l'ouverture uréthrale et les ouvertures cutanées un véritable clapier. »

Voilà donc bien une sérieuse complication qui peut rendre la maladie interminable si elle est ignorée du chirurgien; mais il en est une autre sur laquelle nous allons insister davantage car c'est particulièrement contre elle qu'est dirigé le traitement que nous préconisons. Nous voulons parler des *callosités*.

1. *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1889, p. 193.

Celles-ci consistent en indurations plus ou moins volumineuses situées sur le trajet des fistules, auxquelles elles forment une véritable gangue; leur volume est très variable et peut atteindre celui d'une tête d'enfant, ainsi que Roux en rapporte un cas dans ses *Leçons cliniques*. Ce sont des proliférations néo-conjonctives, causées par le contact de l'urine qui détermine sur les parois des fistules une inflammation lente, une sorte de sclérose chronique. Dans un premier degré, l'induration est limitée aux parois fistulaires et l'on peut sentir alors sous la peau une sorte de cordon ligamenteux qui indique la direction du trajet. Mais à mesure que la maladie devient plus ancienne, les tissus environnants, infiltrés d'exsudats plastiques irritants, s'enflamment à leur tour et prennent une consistance de plus en plus ferme, d'abord lardacée, puis fibreuse et presque cartilagineuse. On trouve alors une tumeur indolente de la grosseur d'une noix, d'une mandarine, occupant parfois tout le périnée et une partie du scrotum; sa surface est bosselée et, en son milieu, existent un nombre variable de trajets dont les parois se sont confondues avec les parties voisines.

L'examen histologique de ce tissu de nouvelle formation a été pratiqué à plusieurs reprises; Coc-teau en fit un *myome fibreux*; M. Charles Monod, examinant une masse morbide de ce genre enlevée au thermocautère, pensa qu'il s'agissait d'un *fibrome éléphantiasique*. Dans le *Bulletin de la Société anatomique de Nantes*, parut en 1879 une *Etude du*

tissu induré traversé par les trajets fistuleux dont nous extrayons le passage suivant : « Le tissu du scrotum est transformé en un tissu fibroïde extrêmement dur à couper, sillonné par les trajets fistuleux remplis d'un liquide puriforme.

L'examen de cette sorte de *néoplasme* doit porter sur les canaux fistuleux qui le traversent et sur le tissu qui sépare ces canaux. Les canaux d'un certain volume présentent un grand nombre de papilles longues et grêles, quelquefois terminées en masses et revêtues d'une couche très épaisse d'épithélium pavimenteux qui du reste en est le plus souvent détaché sur les préparations.

Cet épithélium, composé de cellules analogues à celles du corps muqueux de Malpighi, renferme quelques globes épidermiques assez rares du reste. Il n'est d'ailleurs pas rare de trouver des globes épidermiques dans le revêtement épithélial des tumeurs papillaires qu'on ne saurait considérer comme des épithéliomes.

Le tissu qui soutient les trajets fistuleux est formé de faisceaux fibreux bien développés, médiocrement riches en vaisseaux. Ce tissu est traversé par des traînées de cellules inflammatoires et présente par places des espaces occupés par une sorte de détritus nécrobiotique granuleux ; ces parties de tissu nécrobiosé occupent le voisinage des trajets fistuleux. »

L'étude précédente nous montre donc qu'il s'agit d'une tumeur, d'un véritable *néoplasme*, formé par

un tissu fibreux très pauvre en vaisseaux sanguins, par conséquent dépourvu de vitalité et n'ayant aucune tendance à la cicatrisation. Nous insistons particulièrement sur l'expression *néoplasme*, qui rend parfaitement l'idée que l'on doit se faire des callosités des anciens auteurs, auxquelles il devient rationnel d'appliquer le mode de traitement en usage contre tout néoplasme bénin, c'est-à-dire l'extirpation.





REVUE RAPIDE DES DIFFÉRENTS TRAITEMENTS EMPLOYÉS CONTRE LES FISTULES PÉRINÉALES.

Il nous a semblé utile, avant d'aller plus loin, de passer en revue, dans une simple énumération, tous les moyens de traitement mis en œuvre jusqu'à ce jour contre les fistules uréthro-périnéales. Pour cela nous nous servirons de la classification qu'adopte M. E. Monod dans son article *Fistules urinaires* du *Dictionnaire encyclopédique* et nous envisagerons successivement :

- 1° Les moyens dirigés contre l'obstacle;
- 2° Les moyens propres à détourner l'urine de la fistule;
- 3° Les moyens dirigés contre les fistules elles-mêmes.

1° *Moyens dirigés contre l'obstacle.* — Ils ont pour but de faire disparaître le rétrécissement et de rendre ainsi à l'urine son cours normal ; les fistules,

soustraites à l'influence irritante qui les entraine, peuvent se cicatriser à leur aise.

Dans cette catégorie se rangent :

La dilatation qui convient surtout dans les cas où les fistules sont récentes et les lésions périnéales peu étendues ; l'*uréthrotomie interne* dont nous n'avons pas à exposer ici le manuel opératoire et qui est applicable dans les cas compliqués où la dilatation est impuissante ; et enfin l'*uréthrotomie externe*, avec ou sans conducteur, indiquée surtout quand on se trouve en présence d'un rétrécissement infranchissable.

2° *Moyens propres à détourner l'urine.* — Les moyens précédents, dans les cas favorables, peuvent suffire à amener la cicatrisation des trajets fistuleux, mais souvent l'urine continue à s'engager en partie par les fistules, d'autant plus facilement que celles-ci sont plus anciennes. De là deux nouvelles méthodes destinées à remettre l'urine dans sa voie naturelle : la *sonde à demeure* et le *cathétérisme répété*.

Ces deux modes de traitement ont eu chacun leurs partisans et leurs adversaires ; ce n'est pas ici le lieu de reproduire toutes les controverses sur ce sujet dont la littérature médicale est pleine. Qu'il nous suffise de dire que ces deux moyens thérapeutiques ont donné chacun d'excellents résultats...

C'est au praticien qu'il appartient de faire un choix sans parti pris et selon les indications qui peuvent surgir au cours du traitement. Souvent

même il sera utile de les associer, de substituer, par exemple, au bout d'un certain temps, les sondages fréquents au cathéter laissé en permanence. » (Monod).

3° *Moyens dirigés contre les fistules elles-mêmes.*

— Ils comprennent : a) *les injections* ; b) *les incisions simples* ; c) *les cautérisations*.

a) *Injections*. — On pratique dans les trajets fistuleux des injections irritantes : teinture d'iode, solution d'acide phénique au millième, teinture de cantharides (Thompson). Le professeur Guyon emploie les injections iodées et a obtenu ainsi quelques bons résultats. On a employé aussi le nitrate d'argent en solution au cinquantième dont l'action est peut-être plus franchement caustique. Cet ordre de moyens ne peut convenir toutefois qu'aux fistules récentes, lorsque le travail réparateur reste stationnaire après le traitement méthodique du rétrécissement.

b) *Incisions*. — Cette méthode consiste à fendre les trajets fistuleux sur une sonde cannelée introduite par leur orifice externe. Son but est d'ouvrir sur-le-champ une large voie aux liquides contenus dans les fistules et qui détériorent l'état général (pus, urine), ainsi qu'aux corps étrangers (calculs, sables, séquestre, etc.) ; on réunit ensuite avec le bistouri les orifices extérieurs ou, s'ils sont trop éloignés, on passe des drains dans les trajets.

c) *Cautérisations*. — Bonnet (de Lyon), après

avoir débridé largement les fistules, les cautérisait au fer rouge ; « on a dû dans quelques cas, dit-il, éteindre jusqu'à douze ou quinze cautères dans les anfractuosités de la plaie. » A côté de ce moyen un peu barbare, il faut signaler l'anse galvano-caustique qui présente l'avantage de pouvoir être introduite à froid dans les sinuosités de la fistule. Tout autre est le procédé de Thompson qui consiste à faire pénétrer très doucement et aussi loin que possible dans le trajet un stylet d'argent flexible, recouvert de nitrate d'argent fondu.

Faisons remarquer ici, avec M. Monod, que ces derniers moyens thérapeutiques, dirigés contre les fistules, sont le plus souvent en pratique associés aux divers autres modes d'intervention. « En d'autres termes, si la restauration du canal et le détournement des urines peuvent suffire à amener la guérison de certaines fistules, l'action directe sur les trajets fistuleux ne saurait se passer des moyens du premier ordre. »

Dans cette rapide énumération, nous avons omis, et à dessein, de parler de l'exérèse ; les indications de cette dernière vont être exposées dans le chapitre suivant où nous tâcherons de montrer qu'elle constitue la méthode de choix dans nombre de cas incurables par les procédés ordinaires.





INDICATIONS DE L'EXÉRÈSE. NÉCESSITÉ DE
SE PRÉOCCUPER EN MÊME TEMPS DU
RÉTRÉCISSEMENT, CAUSE PREMIÈRE DE
LA FISTULE.

Toutes les fistules urinaires périnéales ou périnéo-scrotales sont-elles justiciables de l'exérèse? Est-ce là une méthode que l'on doit employer indistinctement dans tous les cas?

Il serait peu scientifique de répondre par l'affirmative. En effet, lorsqu'on se trouve en présence d'une fistule récente, d'un de ces « *trajets simples* » dont parle Thomson, alors qu'il n'existe encore aucune trace d'induration, on peut tenter un des nombreux moyens que nous avons énumérés plus haut; on essaie d'abord de rendre au canal son calibre normal, soit en dilatant le rétrécissement, soit en pratiquant l'uréthrotomie interne et rien n'empêche, pour hâter la guérison, de faire des cautérisations dans le trajet avec de la teinture d'iode ou le galvano-cautère. Ces moyens peu compliqués ont suffi

quelquefois à faire cicatriser des fistules urinaires de formation récente ; ils agissent en rétablissant le cours de l'urine et en supprimant ainsi l'irritation qui entretenait la fistule. Mais ces cas dans lesquels le périnée a conservé sa souplesse normale sont des plus rares ; lorsque les malades se décident à venir consulter un chirurgien, ils sont déjà depuis plus ou moins longtemps porteurs de leur infirmité.

Ainsi, en lisant l'observation II on verra que le malade n'entra à l'hôpital pour se faire soigner que quatre ans après l'apparition des fistules. Et cependant, même dans ces cas où les tissus voisins de la fistule ont proliféré sous l'influence irritante de l'urine, il est permis de se demander si l'on peut guérir par des moyens simples. A cela M. Guyon répond : « Oui, on a vu des guérisons se produire ainsi, mais ce sont des faits bien rares et sur lesquels on ne peut compter. A la rigueur quand il existe un simple épaissement on peut arriver à la guérison par les moyens qui s'appliquent aux cas simples ; il faut en faire l'essai, mais il y a bien peu de chances de réussite et il faut faire un examen attentif du périnée avant de rien promettre. »

Lorsque les lésions sont étendues et anciennes, le large débridement des fistules, suivi d'un drainage et d'un pansement à plat, échoue même trop souvent. En supposant même qu'on parvienne ainsi à obtenir la cicatrisation des trajets fistuleux, on ne peut cependant arriver à des résultats tout à fait satisfaisants parce que les tissus indurés du périnée

n'ont dans la suite aucune tendance à devenir **plus** souples. Bien au contraire, ils se sclérosent de **plus** en plus et tendent sans cesse à comprimer le canal, à former autour de lui des viroles fibreuses **extrêmement** dures et à déterminer de nouveaux rétrécissements que l'on ne parvient guère à vaincre **ni** par la dilatation progressive **ni** même par l'uréthrotomie interne. Du reste ce tissu lardacé se cicatrise difficilement et cela ne doit pas nous étonner **puis-**que nous connaissons son peu de vitalité et sa **pau-**vreté en vaisseaux sanguins; il persiste **presque** toujours des trajets fistuleux qui rendent la guérison tout à fait incomplète.

Avant Voillemier, la plupart des membres de l'Académie de chirurgie étaient d'accord sur ce point que le meilleur mode de traitement des fistules uréthro-périnéales consistait à placer une sonde à demeure dans la vessie. Boyer a résumé fidèlement leur opinion en disant que, du moment où l'urine s'écoule librement par une sonde, les parois des fistules se rapprochent et finissent par se souder ; que, si les tissus traversés par les fistules sont indurés, il convient de les ramollir par l'application de topiques émollients ; enfin, que si l'induration est considérable on devra faciliter l'action des émollients en pratiquant une ou plusieurs incisions profondes sur le périnée. Du reste, en imaginant son procédé, Voillemier avait en vue la poche génératrice, le « *clapier central* » de M. Guyon, autant que les callosités ; nous ne sau-

rions mieux faire que de citer tout au long ses paroles : « Le but que je me propose en pratiquant l'excision d'un lambeau du périnée est facile à saisir : Je m'adresse à la source du mal, à la cause qui entretient les fistules ; du moment où l'on a établi une voie large et directe qui fait communiquer au dehors la perforation du canal, on n'a plus à s'occuper des trajets fistuleux si nombreux qu'ils soient et si loin de l'urèthre qu'ils s'ouvrent. Qu'ils occupent le périnée, les aînes, le pubis, la partie supérieure et interne des cuisses, ils ne tardent pas à se fermer d'eux-mêmes dès qu'ils ne peuvent plus être traversés par les urines. Or, dans les cas mêmes où, après l'opération, la sonde ne fonctionnant pas convenablement, laisserait passer au dehors de ses parois une certaine quantité d'urine, celle-ci ne pourrait s'engager dans les trajets fistuleux ; elle s'écoulerait directement dans la charpie qui remplit la plaie et l'on en serait quitte pour changer le pansement. Cette opération présente encore d'autres avantages non moins importants : du premier coup elle dégage l'urèthre des tissus altérés, dans lesquels sa paroi inférieure est comme enchâssée.

L'induration des parties est si grande qu'elle ne pourrait être modifiée par le traitement le plus actif qu'après un très long temps. Je doute même qu'elle put disparaître entièrement, car on n'a pas seulement affaire aux tissus primitifs altérés. Sous l'influence de la phlegmasie chronique causée par l'urine, il y a eu une prolifération abondante de tissus

fibreux qui ont transformé une portion du périnée en une couche très épaisse. Quelquefois même cette prolifération est telle qu'elle va jusqu'à produire une tumeur du volume d'un œuf. Ces cas sont rares, mais j'en ai rapporté un très bel exemple dans la deuxième observation. Si dans la masse indurée, il y a des clapiers dont les parois ont naturellement la plus grande difficulté à se rapprocher, à cause de leur rigidité et qui, par cela même, amèneraient inévitablement une récurrence des fistules, l'opération en a facilement raison, car elle les emporte avec le lambeau périnéal excisé ».

Nous trouvons dans cet exposé l'idée première de ce que M. Guyon a appelé plus tard la « *libération externe de l'urèthre périnéal* » ; son procédé diffère toutefois beaucoup de celui de Voillemier, mais le but poursuivi est le même, ainsi qu'on peut en juger par le passage suivant : « Il est en effet certain que lorsque la prolifération des tissus n'est plus mise en jeu par l'apport sans cesse renouvelé de petites quantités d'urine, il se fait dans bien des cas une régression complète. Nous avons vu dans nos expériences les noyaux d'indurations se résoudre et disparaître lentement quand on cessait les petites injections interstitielles. Aussi les chirurgiens les plus expérimentés et les plus hardis ont-ils protesté contre la pratique de l'excision ; Desault de même qu'Amussat la combattaient. On observe en effet, à la suite de l'emploi plus ou moins prolongé de la sonde à demeure, la guérison de fistules traversant

de très médiocres périnées et l'incision des trajets les plus importants, aidée de la dérivation des urines, a souvent suffi dans des cas moins simples. Mais s'il est incontestable que l'on puisse à si peu de frais obtenir semblables résultats, il n'en est pas moins vrai que lorsque les fistules traversent des tissus fortement épaissis et aussi indurés que ceux que vous observez si souvent dans les cas compliqués qui sont dirigés vers notre clinique, les moyens dont je viens de parler sont notoirement insuffisants. »

Mais, s'il est de toute importance d'agir contre les fistules elles-mêmes et les indurations qui les supportent, il ne faut pas négliger pour cela le rétrécissement de l'urèthre, cause de tout le mal. Dans quelques cas, il est vrai, la suppression des tissus scléreux qui englobaient et enserraient l'urèthre a suffi pour rendre à celui-ci sa perméabilité. C'est dans cette catégorie de faits que rentre le cas cité par M. Guyon, de cet homme de 35 ans, porteur d'indurations et de fistules dans la région périnéo-scrotale; à l'exploration de l'urèthre, une olive n° 16 était arrêtée dans la première partie du périnée; il fallait descendre jusqu'au n° 18 pour franchir l'obstacle. Après l'opération, qui consista à enlever complètement les fistules et la tumeur périnéale, on put faire passer avec facilité les béniqués n° 40 et 48; ce dernier numéro pouvait même être dépassé sans inconvénients. Mais ce sont là des cas exceptionnels; il faut pour cela avoir affaire à ces « rétré-

cissements larges » dans lesquels une diminution très relative du calibre a suffi pour donner naissance à des fistules; le principal obstacle au cours de l'urine provient alors non pas de la stricture, mais des tissus voisins épaissis, sclérosés, formant autour des parois uréthrales une sorte de virole fibreuse. Dans l'immense majorité des cas, l'urèthre, chroniquement enflammé, est altéré dans sa structure, et il est de toute impossibilité qu'il reprenne de lui-même son calibre normal. Si le rétrécissement persiste, la guérison ne pourra être que temporaire; une récurrence se produira à plus ou moins longue échéance. Aussi, comme complément de l'exérèse, les chirurgiens ont cherché à faire disparaître le rétrécissement, ce qui a donné naissance à plusieurs méthodes, suivant le procédé employé: c'est ainsi que les uns ont eu recours à la dilatation simple du canal, les autres à l'uréthrotomie externe ou interne, d'autres enfin à la résection de l'urèthre. Nous rangerons donc sous quatre chefs les observations citées plus loin et nous verrons l'extirpation des fistules périnéales pratiquée concurremment avec la dilatation du canal, l'uréthrotomie externe, l'uréthrotomie interne et la résection de l'urèthre.

Dans les quatre observations qui suivent, Voillemier pratiqua l'extirpation des fistules et se contenta, pour traiter le rétrécissement, du cathétérisme dilatateur ou de la sonde à demeure. Chez le premier de ces malades, on avait d'abord pendant plusieurs mois pratiqué la dilatation sans s'occuper des fistules; celles-ci ne se cicatrisant pas, Voillemier se décida à faire l'excision du périnée. Le résultat, ainsi que dans les trois autres cas, fut des plus satisfaisants.

OBSERVATION I (résumée).

D'après Voillemier, in *Gaz. hebdomadaire de méd. et de chir.*, 1874.

Rétrécissement blennorrhagique. Fistules périnéales. Extirpation. Cathétérisme dilatateur. Guérison.

B..., ciseleur, 52 ans, entre dans la salle Saint-Côme de l'Hôtel-Dieu, le 9 octobre 1838. Il y a 28 ans, biennorrhagie; en 1849, rétention complète d'urine qui cessa d'elle-même après 24 heures. En 1850, nouvelle rétention; le malade se rend à l'hôpital Saint-Louis où Malgaigne introduit avec beaucoup de peine une sonde ordinaire dans la vessie.

En 1864, nouvelle rétention: il entre à l'Hôtel-Dieu où Jobert essaye inutilement de le sonder. Dans la journée, infiltration d'u-

rine qui envahit les bourses et le périnée ; trois incisions sont pratiquées. Jobart dilate le rétrécissement avec des bougies, puis introduit une sonde à demeure.

Depuis cette époque, le jet d'urine alla en diminuant de volume chaque jour. Vers la fin d'octobre dernier, un abcès se forma au périnée et s'ouvrit au niveau de l'ancienne cicatrice.

A son entrée à l'Hôtel-Dieu, Voillemier constate sur la partie moyenne du périnée, un peu à gauche du canal, un orifice fistuleux enfoncé dans une masse dure de forme irrégulière, ayant le volume d'une grosse noix aplatie. Le cathétérisme est impossible ; on parvient à engager une fine bougie de baleine dans le rétrécissement, mais sans le traverser. Cependant M. le Dr Guillou finit par introduire une bougie coudée à sa pointe et fut assez heureux pour arriver dans la vessie. A partir de ce moment, cathétérisme dilateur avec des bougies ordinaires et plus tard avec des sondes à demeure ; mais les fistules ne se fermaient pas.

Au mois d'avril 1869, Voillemier, voyant qu'il n'obtenait aucun bon résultat, se décida à pratiquer l'excision d'une partie du périnée.

L'opération fut faite le 12 avril. La tumeur ayant été cernée par deux incisions elliptiques et enlevée, l'urèthre se trouve à découvert sans avoir été intéressé. Alors on vit sur son côté gauche l'orifice interne de la fistule, long d'environ 5 millimètres, large de 3, et rempli de végétations de couleur violacée. La plaie fut pansée à plat.

Le surlendemain, petite hémorrhagie facilement arrêtée par une légère compression.

Le 17. — Nouvelle hémorrhagie déterminée par les efforts de défécation ; l'interne de garde l'arrête en tordant une petite artériole.

La cicatrisation marche rapidement. Le 27, la sonde ayant été

retirée au moment de la miction, on voit à peine quelques gouttes d'urine passer par la fistule. La sonde est remise en place.

Le 24 mai 1870. — La plaie est complètement cicatrisée; le malade urine à plein canal.

A la fin du mois de juillet, il se présente à la consultation : il urinait largement et sa fistule ne s'était pas reproduite.

OBSERVATION II (résumée).

(D'après Voillemier. *Loco citato*).

Extirpation de fistules périnéales. — Dilatation pure et simple du canal par la sonde à demeure. — Guérison.

M..., 45 ans, chef de cuisine, entre dans le service de Voillemier, à l'Hôtel-Dieu, le 10 mars 1869.

Bonne santé générale; chaude-pisse, il y a 20 ans. Puis diminution assez grande du jet de l'urine mais pas de rétention.

En 1859, série d'abcès au périnée qui laissèrent après eux des ouvertures fistuleuses. Vers 1865 il se forme en arrière du scrotum une tumeur solide du volume d'un petit œuf; le docteur Gaillard de Poitiers en pratique l'ablation. Depuis lors les urines s'écoulent en partie par le canal et en partie par des fistules qui existent encore aujourd'hui.

Examen du malade. — Les mictions sont fréquentes et difficiles, le jet de l'urine petit et irrégulier. Il existe sur le périnée une tumeur dure, bosselée, du volume d'un gros œuf très allongé, s'étendant de l'anus jusqu' dans le scrotum. A droite elle présente quatre orifices fistuleux par où s'échappe la plus grande partie des urines pendant la miction. Il est impossible d'introduire une bougie fine jusque dans la vessie, ce que Voillemier attribue autant à la déviation du canal produite par la tumeur qu'à l'étroitesse du rétrécissement.

Dans cet état de choses, l'ablation de la tumeur est décidée et pratiquée le 15 mars comme dans l'observation précédente : deux incisions courbes se regardant par leur concavité et s'étendant de la racine du scrotum jusqu'à l'anus, circonscrivent la tumeur. Celle-ci une fois extirpée, on a une plaie formée par deux plans inclinés au fond de laquelle l'urèthre est à nu. On voit très distinctement la perforation du canal ayant une longueur approximative de cinq millimètres.

Ecoulement de sang insignifiant. Pansement et bandage en T.

Comme il était impossible d'introduire un cathéter dans la vessie, le pansement fut imbibé par l'urine pendant les premiers jours ; trois jours après Voilemier parvint à introduire une sonde à demeure.

La cicatrisation marcha régulièrement du fond de la plaie à sa surface jusqu'à ce qu'elle fut complète le 13 avril. A cette époque il n'existait plus qu'une cicatrice étroite légèrement déprimée. Le malade urinait sans sonde très largement.

Le 23 avril il partit pour Vincennes.

Le 1^{er} juillet il fut revu ; il se trouvait dans le même état.

OBSERVATION III (Résumée).

(D'après Voilemier. *Loco citato*).

Fistules périnéales consécutives à un rétrécissement blennorrhagique. —

Extirpation. — Sonde à demeure. — Guérison.

G..., 54 ans, militaire jusqu'en 1842, ensuite ouvrier en porte-plumes, entre à l'Hôtel-Dieu le 1^{er} juillet 1870.

Etant au service, il eut une blennorrhagie très douloureuse. En 1867 le jet de l'urine diminua notablement et bientôt l'urine ne sort plus que goutte à goutte mélangée d'un peu de sang et quel-

quelque fois de pus. Quelque temps après, un abcès se développe dans le scrotum et s'ouvre sur le côté gauche du raphé ; il en résulte une fistule donnant passage à la presque totalité des urines. Voilemier pratique la divulsion et la fistule guérit sans autre traitement. Mais le malade, après sa sortie de l'hôpital, négligea de passer une bougie dans l'urèthre tous les quinze jours environ comme on le lui avait recommandé ; de sorte que dans le courant de mai 1870 les bourses se tuméfièrent de nouveau, en même temps que la miction devenait plus fréquente et plus pénible. Un abcès se forma et l'ancien trajet fistuleux se rouvrit ; deux autres petites fistules s'établirent en arrière de la première.

Etat actuel. — Le scrotum est rouge par places, doublé de volume au moins, de forme irrégulière et comme bosselé. L'orifice de la première fistule occupe la partie postérieure du scrotum et est situé au sommet d'une végétation mollasse. Celui de la seconde est plus en arrière et à gauche. Enfin, l'orifice de la troisième, se trouve au niveau du bulbe. Le stylet pénètre plus ou moins profondément dans ces ouvertures fistuleuses qui semblent traverser irrégulièrement une masse de tissu induré occupant une grande partie du périnée et enveloppant l'urèthre.

Le 4 juillet, le malade ayant été chloroformisé, on introduit une sonde métallique jusque dans la vessie et on pratique l'excision d'une partie du périnée comprise entre deux incisions elliptiques. Le canal, mis à découvert, présente une perforation assez large dont on ne peut préciser l'ouverture parce qu'elle est remplie de végétations brunes, molles, du volume d'une demi-noisette.

On introduit une sonde à demeure.

Les suites opératoires sont simples, sauf toutefois un léger frisson dans la soirée du 6. De ce jour au 25 juillet la plaie est pansée chaque matin sans qu'il soit arrivé rien de nouveau. La sonde est retirée le 15 et les urines sortent à plein canal ; bien que la plaie

du périnée ne soit pas encore complètement cicatrisée, il ne sort plus d'urine de ce côté.

Le 30 juillet la cicatrisation est complète, l'induration du périnée n'existe plus. Le malade sort le 29 septembre en très bon état. Il fut revu le 28 février ; la guérison ne s'était pas démentie. Malgré cela, il se passe une bougie dans l'urèthre tous les vingt jours comme cela lui a été recommandé.

OBSERVATION IV (Résumée).

D'après Voillemier (*Loco citato*).

Rétrécissement blennorrhagique. — Extirpation de fistules périnéales. — Cathétérisme dilateur. — Guérison.

D..., garçon de bateau, 46 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 1^{er} octobre 1867.

Etant au régiment, il a eu une blennorrhagie qui a duré fort longtemps. Il y a 8 mois, il entra dans le service de M. Laugier, pour un abcès au périnée. Cet abcès fut ouvert et, la plaie une fois fermée, il quitta l'hôpital. Au bout de trois mois, nouvel abcès qui s'ouvrit de lui-même et resta fistuleux.

Etat actuel. — Le malade urine très souvent avec un jet très mince ; les urines passent en grande partie par le périnée. On constate la présence d'un rétrécissement à 12 centimètres du méat urinaire. Il existe au périnée une tumeur du volume d'une noix allongée, très dure et percée sur deux points d'une ouverture, donnant passage à l'urine.

Dès le troisième jour, on franchit le rétrécissement avec une bougie filiforme et le quatorzième jour on peut introduire une sonde de 6 millimètres de diamètre.

Le 15 octobre, on procède à l'ablation de la tumeur périnéale, en la circonscrivant par deux incisions courbes, assez longues ; on

a alors une plaie s'étendant du scrotum au devant de l'anus ; dans le fond on distingue l'urèthre dont la perforation ne mesure pas moins de 5 millimètres. Pansement soutenu par un bandage en T.

La cicatrisation marche très irrégulièrement, mais elle n'est complète que le 20 novembre ; la sonde avait été enlevée depuis 10 jours.

Ce malade a été revu 3 mois après sa sortie de l'hôpital. Il allait très bien.



II

L'uréthrotomie externe, jointe à l'exérèse dans le traitement des fistules urinaires, a été pratiquée par Ebermann de Saint-Pétersbourg dont nous allons citer trois observations. Plus récemment Verhoogen de Bruxelles, chez un malade dont le rétrécissement était infranchissable et ne permettait pas d'introduire un cathéter, eut recours à l'uréthrotomie externe qu'il pratiqua sans conducteur.

OBSERVATION V

Empruntée à Ebermann de Saint-Pétersbourg (*in Centrälblatt für Harn und Sexualorgane*, 1889).

Uréthrotomie externe. Extirpation de fistules périnéales. Guérison.

Paul W..., 47 ans, célibataire, de constitution délicate, entre le 17 septembre 1875 à l'Hôpital philanthropique de Saint-Pétersbourg avec un rétrécissement calleux que pouvait à peine traverser une bougie filiforme, et une fistule périnéale.

Un chirurgien avait déjà traité le malade par la dilatation forcée sans toutefois franchir l'obstacle; ses manœuvres avaient déterminé une fausse route qui aboutissait à un abcès derrière le rétrécissement. Cette cavité à parois calleuses s'ouvrait à la surface du périnée et à la face postérieure du scrotum par plusieurs trajets fistuleux cicatriciels et indurés. Je fis au malade l'uréthro-

tomie externe pour traiter la sténose de l'urèthre; puis j'incisai les trajets fistuleux et extirpai les callosités.

La plaie fut recouverte de tampons phéniqués et le pansement renouvelé à chaque miction.

Au bout de 2 mois 1/2 la cicatrisation était complète et la dilatation de l'urèthre maintenue par la bougie numéro 18, de la filière Charrière.

Le 6 février 1882. — Ce malade revint à l'hôpital pour un calcul de la vessie. Les fistules ne s'étaient pas rouvertes. Il supporta très bien la taille médiane qui fut pratiquée pendant l'anesthésie et quitta le service le 29 avril en très bon état.

Par pusillanimité, il cessa de s'introduire des bougies dans l'urèthre, de sorte qu'il se forma en 1887 un nouvel abcès périnéal et une fistule uréthro-scrotale. Il revint se faire traiter le 11 février; après incision du trajet fistuleux l'urèthre fut dilaté et la fistule guérit.

OBSERVATION VI

(Empruntée à Ebermann. *Loco citato*).

Fistulés périnéales consécutives à un rétrécissement blennorrhagique. —
Uréthrotomie externe. — Exérèse. — Guérison.

Paul J..., officier de cavalerie, 26 ans, de constitution robuste, a eu une blennorrhagie il y a 3 ans; puis il se forma un abcès au périnée à la suite duquel plusieurs fistules calleuses se développèrent successivement.

Aujourd'hui la miction est douloureuse et l'urine s'écoule en un mince filet; une fine bougie n° 9, passe avec peine dans la vessie.

Le 17 décembre 1880. — Je pratiquai l'uréthrotomie externe, et, après avoir incisé tous les trajets fistuleux, j'extirpai les callo-

sités et introduisis une sonde élastique n^o 17 dans la vessie ; lavage de la plaie avec des tampons d'ouate imbibés d'une solution d'acide phénique à 3 o/o. Le 23 décembre, j'enlevai la sonde ; le 26, l'urine s'écoulait en grande partie par l'urèthre.

Le 1^{er} janvier 1881. — Frissons, insomnie, épидidymite droite. Après absorption d'une dose de 0,50 centigrammes de poudre d'opium par nuit le malade dort mieux.

Le 5 janvier. — Epididymite gauche.

Le 6 janvier au soir. — Nouveaux frissons ; pendant la nuit du 7 janvier, une certaine quantité de pus s'écoule par la plaie périnéale.

Le 14. — Il se forme un abcès dans le scrotum, après l'ouverture duquel les phénomènes fébriles s'amendent. A partir du 28 janvier, l'urine passe en totalité par l'urèthre.

Le 8 février. — La plaie était complètement cicatrisée et le 10 le malade quittait l'hôpital.

OBSERVATION VII

(Empruntée à Ebermann. *Loco citato*).

Rétrécissement traumatique. — Nombreuses fistules périnéales. — Uréthrotomie externe et exérèse. — Guérison.

J. B..., sujet Anglais, entre à l'hôpital le 9 mars 1889. A l'âge de 15 ans, rupture traumatique de l'urèthre ; plus tard, nouvelle blessure du périnée et formation de fistules uréthrales.

Etat actuel. — Constitution robuste, les appareils respiratoires et digestifs sont sains. Le scrotum est transformé des deux côtés en un tissu cicatriciel ; de profondes dépressions, au fond desquelles s'ouvrent des fistules, criblent la peau du scrotum et le périnée ; celui-ci paraît littéralement couvert de bosselures calleuses. Le cathétérisme est difficile parce que les portions bulbeuse et

membraneuse de l'urèthre sont déviées à gauche vers la branche descendante du pubis par les tissus sclérosés. L'urine passe en partie par le canal, en partie par les différentes ouvertures fistuleuses; les mictions sont fréquentes. La prostate est un peu hypertrophiée mais pas douloureuse.

Opération le 10 mars. — Incision des fistules, extirpation des masses calleuses et uréthrotomie externe. Puis lavage de la vessie avec une solution d'acide borique à 3 o/o. La plaie est saupoudrée d'iodoforme et pansée avec de l'ouate phéniquée.

Le soir de l'opération la température monte à 38°,4; le 11 mars, l'urine étant un peu sanguinolente, on retire la sonde et on lave de nouveau la vessie avec une solution boriquée à 3 o/o. Plus de fièvre.

Une semaine après l'opération une bougie métallique n° 20 est introduite et laissée pendant un jour. La plaie se cicatrise en granulant de l'intérieur vers l'extérieur.

Le 8 avril. — Le malade quitte l'hôpital avec une toute petite fistule; l'urine s'écoule presque en totalité par l'urèthre. Au bout de deux mois la petite fistule était elle-même complètement fermée.

OBSERVATION VIII

(D'après Verhoogen. Société belge de chirurgie, 1894).

Rétrécissement infranchissable. — Uréthrotomie externe sans conducteur. — Résection complète de trajets fistuleux. — Guérison.

M..., 38 ans, boucher. Depuis 18 ans, miction pénible et douloureuse. Il y a deux ans légère hématurie. Actuellement urines donnant un épais sédiment formé d'un mélange de pus et de sang.

Il y a neuf mois, abcès à la région scrotale gauche; puis nou-

veaux abcès se déclarant à la région périnéale et au pli inguino-scrotal droit. L'urine s'écoule en grande partie par les fistules qui ont résulté de l'ouverture de ces abcès. Rétrécissement uréthral au niveau de la région bulbaire.

Opération le 15 avril. — Malgré des tentatives répétées on ne parvient pas à franchir le rétrécissement uréthral. Un cathéter métallique est alors poussé dans le canal et fortement appuyé contre la stricture. Les trajets fistuleux sont débridés sur la sonde cannelée ; on pratique l'uréthrotomie externe sans conducteur, après avoir bien dégagé le canal de toutes les masses fibreuses dures qui forment une virole autour du rétrécissement. La recherche du bout postérieur se fait facilement. Une sonde de Pezzer est placée à demeure.

On fait la résection complète des trajets fistuleux et des tissus environnants au niveau du périnée. Mais cette résection est impossible au niveau du scrotum où il existe une vaste plaque en bouclier. On tente cependant la réunion complète de la plaie opératoire en laissant un tampon de gaze à la partie inférieure.

Le 17. — L'extrémité de la sonde de Pezzer est expulsée de la vessie par des contractions de l'organe et l'appareil ne fonctionne plus. On est obligé de la retirer.

A chaque miction, l'urine s'écoule par la partie antérieure du périnée qui ne se réunit pas.

Le 22. — On place une nouvelle sonde à demeure qui est renouvelée de temps en temps.

Le 3 mai. — Le canal admet facilement une sonde n° 22. Ch. L'urine passe en grande partie par le canal ; une faible quantité vient encore suinter au niveau de la partie antérieure de la plaie opératoire. Actuellement le canal est libre, la miction facile, l'urine claire ; il reste encore un petit pertuis à la partie externe de la plaie.

OBSERVATION IX (résumée).

(Empruntée à la thèse de M. Parizot. Lyon, 1884).

Rétrécissement blennorrhagique. — Extirpation de fistules périnéales. —
Uréthrotomie externe. — Guérison.

L... François, 45 ans, garçon d'écurie, entre le 30 mai 1883 dans le service de M. D. Mollière.

Deux blennorrhagies, l'une à 18 ans, l'autre à 27 ans. Depuis trois ans, troubles de la miction ; jet petit, bifurqué. Depuis trois mois il a remarqué la production d'une petite masse dure au périnée ; cette tuméfaction ne fit que s'accroître et un abcès s'ouvrit derrière les bourses trois jours avant son entrée.

On constate sur le périnée une partie dure du volume d'un œuf, développée principalement à gauche du raphé. Au centre on aperçoit une ouverture fistuleuse laissant échapper un liquide incolore peu abondant. La miction est difficile, douloureuse.

Cinq jours après son entrée, le 4 juin, un second abcès se forme au même niveau que le précédent mais à droite de la ligne médiane. On l'ouvre également au bistouri.

Le 18 juin. — Les deux fistules persistent sur la masse indurée. On tente alors mais inutilement avec toutes les sondes possibles de cathétériser le malade.

Opération le 26. — Incision sur la ligne médiane ; on parvient à introduire un cathéter dans la vessie ; l'extirpation du callus se fait donc sur conducteur. Le bistouri taille latéralement, puis en avant et en arrière, sur des tissus lardacés qui sont excisés en profondeur avec les ciseaux jusqu'au niveau des régions saines. L'hémorrhagie est presque nulle.

Toutes les parties dures de la région se trouvant abrasées en

dehors du canal, M. Mollière incise le canal sur le cathéter dans une étendue de 1 centimètre et demi.

Par la boutonnière ainsi faite, il introduisit en retirant le cathéter conducteur une pince hémostatique jusque dans la vessie. Il écarta vivement les branches pour dilater le col atteint de cystite. Une sonde à demeure fut placée, trois ou quatre petites artérioles furent tordues, et un pansement antiseptique fut placé sur la plaie laissée ouverte.

La sonde fut maintenue 50 jours ; à partir du début elle fut changée toutes les semaines.

Ensuite tous les deux jours le malade fut cathétérisé avec une grosse sonde métallique.

Les bords de la plaie se réunirent rapidement,

Au bout de vingt jours, il n'y avait plus qu'une petite fistule qui fut cicatrisée un mois après la sortie de la sonde à demeure.

Le malade quitta le service le 1^{er} octobre complètement guéri.

Il a été revu le 15 avril 1884 : on entraît facilement dans l'urèthre le n° 17 de la filière Charrière ; la cicatrice était légère, plissée, sans dureté, non déprimée.

OBSERVATION X

(D'après Legueu et Cestan, *In Annales des maladies des organes génito-urinaires*, septembre 1893).

Rétrécissement traumatique. — Exstirpation d'une fistule périnéale. —
Uréthrotomie externe. — Réunion secondaire. — Guérison.

Mér... J..., domestique, 16 ans, entre le 1^{er} mars 1893 à l'hôpital Necker, dans le service de M. le professeur Guyon.

Le 2 décembre dernier le malade est tombé à cheval sur une rampe d'escalier. Le périnée se tuméfie immédiatement, quelques gouttes de sang s'échappent, la miction est impossible.

Un médecin, appelé au bout de quelques heures, pratique une incision au périnée sans mettre de sonde à demeure.

Les jours suivants le malade urine en partie par la verge, et en partie par la plaie du périnée. La plaie périnéale s'est refermée, mais il est resté une fistule par laquelle les urines continuent à s'écouler. Le rétrécissement n'a jamais été dilaté.

On trouve sur le milieu du périnée la trace de l'incision première ; en arrière une fistule donne passage à l'urine qui s'écoule goutte à goutte et presque continuellement. La vessie ne se vide pas et le malade n'éprouve plus le besoin d'uriner.

Malgré des tentatives nombreuses et répétées le rétrécissement reste infranchissable.

Opération le 28 mars 1893. — Uréthrotomie externe sans conducteur. La découverte du bout postérieur se fait assez facilement grâce à l'intégrité évidente de la paroi supérieure.

Une sonde à bout coupé n° 18 est mise à demeure.

Les masses cicatricielles qui entourent et surmontent la fistule sont réséquées ; elles sont plus marquées à gauche et, de ce côté, une étendue d'un centimètre de la paroi urétrale est excisée. La fistule elle-même est réséquée dans tout son trajet.

Suture à étage de l'urèthre et du périnée.

28 mars. — Dans la nuit la sonde est sortie et l'urine a passé par la plaie. La désunion est nécessaire ; les fils sont enlevés.

La sonde est laissée à demeure pendant un mois ; la plaie périnéale s'oblitére peu à peu.

Le 10 mai. — Le malade quitte l'hôpital en fort bon état ; la fistule est fermée et on passe facilement le béniqué 42.

OBSERVATION XI (Inédite et résumée)

Due à l'obligeance de M. le Dr Sebileau.

Rétrécissement blennorrhagique. — Fistule périnéale. — Uréthrotomie externe. — Exérèse. — Guérison.

M. X..., 35 ans, vient me consulter en 1892 pour une fistule périnéale de l'urèthre. Il est depuis longtemps atteint d'un rétrécissement blennorrhagique que, pendant de longues années, il n'a pas voulu faire traiter. Il a souffert d'un abcès du périnée qu'on a incisé et drainé en 1890 ; à cette époque un chirurgien pratiqua l'uréthrotomie interne suivie de dilatation. Après quelques mois de guérison, une nouvelle collection purulente se forma qui fut suivie d'une série d'abcès périnéaux à répétition.

Sur le périnée, un peu en arrière du scrotum, tout près du raphé, existent deux orifices fistuleux indurés, d'où sort un peu de pus et dans chacun desquels le stylet pénètre de quelques millimètres seulement. En palpant profondément le périnée, on sent qu'il renferme comme une masse fibreuse, dure, qu'on peut mouvoir latéralement. Dans l'urèthre, j'introduis non sans quelque difficulté, une sonde molle n° 18.

Je conseille au malade l'exérèse des callosités fistuleuses et il accepte l'opération.

J'introduis dans l'urèthre une petite bougie repère, je circonscris entre deux incisions à convexité extérieure la région du périnée où débouchent les fistules et je dissèque avec soin, en me servant des ciseaux, leur long canal tortueux et induré, canal qui, double en bas, se simplifie plus haut par la réunion des deux trajets et va s'ouvrir sur la paroi inférieure de l'urèthre.

J'arrive donc ainsi sur la paroi uréthrale que je résèque dans toute l'étendue — un centimètre environ — qui répond à l'inser-

tion du canal fistuleux. Je prolonge en avant cette résection par une section médiane de l'urèthre coarcté dans une étendue de deux centimètres (uréthrotomie externe), tout cela, du reste, produisant une perte de sang pour ainsi dire insignifiante.

Le malade urine pendant huit jours par le périnée, puis je place une sonde à demeure que jè laisse, en la changeant toutes les quarante-huit heures, pendant une dizaine de jours.

La cicatrisation se fait rapidement, interrompue seulement par l'apparition d'un très petit abcès superficiel contenant quelques gouttes de pus à peine et un fil à ligature. Je pratique la dilatation progressive.

Le malade, que j'ai revu deux ans après son opération, n'avait point eu de récive. Le périnée était très souple, non douloureux. Seule, la miction commençait déjà à devenir moins aisée, le malade ayant négligé de faire cathétériser l'urèthre.

III

Nous reproduisons ci-après l'observation d'un cas de Voillemier dans lequel ce chirurgien traita le rétrécissement par la divulsion avant de pratiquer l'extirpation des fistules.

La divulsion, ainsi dénommée par Voillemier, consiste à dilater le rétrécissement brusquement et d'un seul coup par une pression excentrique; Voillemier avait fait construire à cet usage un divulseur cylindrique.

Aujourd'hui la plupart des chirurgiens ont recourt de préférence à l'uréthrotomie interne dont la valeur réelle semble bien définitivement établie depuis la vulgarisation de l'ingénieux instrument de Maisonneuve. Comme on pourra s'en convaincre en lisant les observations suivantes, Verhoogen en Belgique, le professeur Guyon en France, emploient couramment l'uréthrotomie interne combinée avec l'exérèse; notre maître, M. le Dr Sebileau, est partisan déclaré de cette méthode.

Ici encore deux façons de procéder : on peut dans une première séance pratiquer l'uréthrotomie interne puis introduire une sonde à demeure et ne faire l'extirpation des fistules que plusieurs jours après; c'est le cas des deux observations de Verhoo-

gen que nous citons plus loin. Mais nous pensons qu'il y a tout avantage à imiter la manière de faire de M. Guyon et de M. Sebileau qui font l'uréthrotomie interne dans la même séance que l'exérèse, soit avant, soit après cette dernière.

OBSERVATION XII

(D'après Verhoogen. Société belge de chirurgie, 1894).

Uréthrotomie interne. — Abscès urinaire et fistule périnéale. — Exérèse. — Guérison.

H... Alphonse, 40 ans. Il y a une quinzaine d'années, le malade a eu plusieurs uréthrites qui ont guéri, dit-il, sans laisser de traces. Il y a trois ans, il a été pris de douleurs abdominales violentes accompagnées de rétention d'urine et d'une impossibilité complète d'aller à la selle. Les phénomènes se sont amendés, puis, six semaines plus tard, il a eu une épididymite droite et un an après une épididymite gauche.

Au moment du premier examen, la miction est fréquente et se fait avec difficulté ; les urines sont troubles et contiennent beaucoup de pus. Il existe un rétrécissement urétral siégeant au niveau du bulbe et admettant une bougie n° 14 Ch. Au-dessous du rétrécissement, il existe un abcès urinaire périnéal du volume d'un œuf de poule. La prostate est très gonflée et, par le toucher rectal, on perçoit très bien l'orifice d'un trajet fistuleux. A chaque miction il s'écoule, de ce côté une certaine quantité d'urine mêlée de pus.

L'état général est satisfaisant.

Le 17 janvier dernier, nous faisons l'uréthrotomie interne et nous plaçons une sonde à demeure. Aucune amélioration ne survenant, on procède le 3 février à l'excision de l'abcès et de la fis-

tule périnéale : on fait partir de l'extrémité supérieure du foyer, au niveau de la racine des bourses, deux incisions convexes en dehors qui circonscrivent toute la partie malade et viennent se réunir sur la ligne médiane à un centimètre environ en avant de l'anus. On enlève par là un morceau du périnée analogue à un quartier d'orange et qui contient tout le tissu malade.

L'urèthre étant mis à découvert, on trouve sur la paroi antérieure du canal un orifice dont les bords sont réséqués, puis une sonde est placée à demeure.

Au bout de trois semaines le malade sort guéri, ne conservant à la partie antérieure de la plaie qu'une petite fistule qu'il sera facile de fermer par quelques injections irritantes.

OBSERVATION XIII

D'après Verhoogen.

Uréthrotomie interne. — Extirpation d'un trajet fistuleux. — Sonde à demeure. — Guérison.

D..., 60 ans, urine difficilement depuis plusieurs années. En septembre dernier, se plaint d'une sensation douloureuse à la région anale. Son médecin y découvre une tumeur dure siégeant à droite de l'anus et s'élevant vers le scrotum ; cette tumeur augmente, tandis qu'éclatent les symptômes de la fièvre, avec délire assez intense ; elle se couvre de phlyctènes violacées et finit par s'étendre du coccyx à la racine des bourses.

L'abcès est incisé le 13 septembre et il s'écoule une énorme quantité d'un pus brunâtre, fétide. Pansement phéniqué.

Les phénomènes généraux disparaissent, la tumeur diminue de volume, l'incision se ferme, mais il persiste au niveau du périnée un petit orifice par lequel l'urine s'écoule au moment de la miction. En mars, le malade présente un degré accentué de phimo-

sis: l'ouverture du prépuce permet à peine l'introduction d'un stylet. La miction est fréquente et exige de grands efforts. Au niveau du périnée il existe un trajet fistuleux entouré de masses fibreuses dures.

Le 5 mars. — On pratique la circoncision; puis on examine l'urèthre et on trouve au niveau du bulbe un rétrécissement dans lequel on parvient, après quelques tâtonnements, à introduire une bougie filiforme. On pratique l'uréthrotomie interne et on laisse à demeure une sonde n° 16 Ch.

Le 8 mars. — On fait l'excision du trajet fistuleux et des masses fibreuses qui l'entourent.

La sonde est laissée huit jours à demeure.

Le 15 mars. — La plaie périnéale est réunie dans toute son étendue, sauf un petit décollement superficiel. Le malade urine facilement par le canal sans qu'il y ait de suintement par le périnée.

Actuellement on passe facilement une sonde 25 Ch. Le périnée est bien souple et la miction se fait normalement.

OBSERVATION XIV (résumée).

D'après Voillemier. *Loco citato*.

Rétrécissement blennorrhagique traité par la divulsion. — Extirpation d'une fistule périnéale. — Guérison.

B... F..., cordonnier, 37 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, le 5 octobre 1870.

Bonne santé générale, vie très régulière. Variole à l'âge de 12 ans.

A l'âge de 23 ans, il eut un chancre du frein, sans accidents consécutifs, et une blennorrhagie. Celle-ci, traitée par des injections de nitrate d'argent, céda au bout de deux mois.

A 28 ans, voyant son jet d'urine diminuer chaque jour de volume et de force, il s'adressa à un médecin qui lui passa quelques bougies.

Marié à 30 ans, il eut trois enfants dont l'un mourut de convulsions et dont les deux autres vont bien.

En 1864, comme la difficulté à uriner augmentait toujours, il alla se faire traiter à l'hôpital Saint-Louis, où il resta 24 jours; on lui fit de la dilatation simple et à sa sortie il urinait très bien.

Dans le mois de février 1870, il constata la présence d'une petite noisette au-devant de l'anus. Celle-ci, traitée par des cataplasmes, s'ouvrit au bout de deux mois. Depuis ce moment, il sortait par la fistule à chaque miction une quantité d'urine purulente variable de quelques gouttes à une cuillerée à café.

Etat actuel. — A 4 centimètres au-devant de l'anus et sur le raphé, il existe une petite tumeur du volume d'un haricot, rosée, présentant une sorte de fente inférieurement. Elle repose sur une masse indurée du volume d'un marron environ et faisant corps avec le bulbe. Au-devant de cette masse, on sent le canal comme étranglé sous la forme d'un cordon dur.

Le 15. — Tentative inutile de cathétérisme.

Le 16. — On peut passer une bougie de 1 millimètre jusque dans la vessie où elle reste à demeure.

Le 18. — Bougie de 2 millimètres.

Le 19. — Divulsion; on place à demeure dans la vessie une sonde de 7 millimètres $1/3$.

Le 20. — La sonde est retirée, et le 21, le malade urine à plein canal, sans douleur.

L'induration du périnée a notablement diminué, mais la fistule persiste; elle donne encore passage à l'urine, quoiqu'en moins grande quantité.

Le 2 novembre. — Voillemier juge convenable de pratiquer une

autre opération pour obtenir la guérison de la fistule. Celle-ci est donc extirpée avec les callosités qui la supportent.

8 novembre. — Les surfaces de la plaie sont couvertes de bourgeons charnus très fins. On distingue parfaitement l'orifice urétral de la fistule bordé de fongosités molles couleur lie de vin. Pas de fièvre.

Le 21. — Orchite du côté droit. On enlève la sonde ; le malade introduit lui-même une sonde de petit calibre chaque fois qu'il éprouve le besoin d'uriner.

Le 28. — Le testicule n'est plus douloureux ; la plaie est cicatrisée. Depuis deux jours, le malade urine sans sonde, sans qu'il s'échappe la moindre goutte d'urine par le périnée.

Le 4 janvier. — Le malade, guéri depuis plus d'un mois, quitte l'hôpital.

OBSERVATION XV (résumée).

(Extraite de la thèse de M. Martin).

Fistules urinaires consécutives à un rétrécissement blennorrhagique. —
Uréthrotomie interne. — Exérèse. — Guérison.

Ch..., 52 ans, entre le 2 novembre 1873 à l'hôpital Necker dans le service de M. Guyon. Il y a 20 ans environ, première blennorrhagie et depuis plusieurs écoulements. Il y a 15 ans, il éprouva de la difficulté à uriner, et enfin il y a 5 ans, il vit se produire des fistules périnéales.

En 1871, ce malade entre à l'hôpital Saint-Antoine où il est sondé pendant 15 jours avec le n° 9, et au bout de ce temps il sort avec de la fièvre. Depuis ce moment il n'a subi aucun traitement.

A l'exploration on constate un rétrécissement siégeant à la portion bulbaire ; une bougie n° 4 passe, mais est serrée. Le canal saigne facilement.

Examen du périnée. — Sur le côté droit du raphè, à très peu de distance de l'an^s, série d'indurations s'étendant jusqu'à l'ischion.

La plus externe de ces indurations est encore à l'état phlegmoneux et donne passage à de l'urine quoique celle-ci passe en majeure partie par le canal de l'urèthre.

Sur la ligne médiane : noyaux d'induration de trois à quatre centimètres de longueur et paraissant rejoindre profondément les noyaux de droite. A ce niveau, l'induration est entièrement fibreuse. Par le toucher rectal, on sent une induration interne moins prononcée toutefois que l'externe.

Le 8 novembre. — On pratique l'uréthrotomie interne combinée avec l'excision des fistules.

Après avoir introduit dans le canal un conducteur cannelé sur sa face inférieure, on pratique une incision médiane au périnée de 5 centimètres environ de longueur. Une autre incision oblique part de la première et s'étend en arrière et à droite du côté de la fosse ischio-rectale ; on tombe sur des parties indurées et abcédées et l'on excise un triangle de peau et de tissu cellulaire compris entre les deux incisions.

Ensuite uréthrotomie interne par le procédé Maisonneuve. Une sonde n° 17 est placée à demeure dans la vessie.

Suites opératoires simples sauf un léger mouvement fébrile le soir même de l'opération.

Le 13. — Les urines sont propres, les plaies ont bel aspect.

Le 14. — Toujours apyrexie, mais peu d'appétit. Urines sales, brûlant le canal.

Le 17. — Plaie très belle. Bon appétit.

Le 19. — Les urines cessent de déposer.

Le 26. — Incision d'un cul-de-sac d'un centimètre de profondeur qui s'était formé à l'angle inférieur de la plaie, ablation des parties indurées situées entre cette incision et l'incision première.

Le 29. — Premier sondage depuis l'opération avec une bougie n° 18.

Le 3 décembre. — Les plaies du périnée sont presque complètement cicatrisées.

Le 13. — On passe une bougie n° 16.

Le 15. — Bougie n° 18.

Le 29. — Le malade ne souffre pas en urinant. Un petit point de la plaie n'est pas encore cicatrisé, il n'y passe pas d'urine.

Exéat le 20 janvier 1874. Mictions faciles ; depuis l'excision des fistules il n'est pas sorti une goutte d'urine par la plaie quoique la sonde ne soit restée que quarante-huit heures à demeure.

OBSERVATION XVI

(Extrait de la thèse de M. Martin).

Rétrécissements multiples ; fistules urinaires ; uréthrotomie interne ; excision des indurations périnéales. Guérison.

P... 41 ans, entre le 1^{er} septembre 1873 à l'hôpital Necker dans le service de M. Guyon.

Déjà en juin 1869 il était entré à l'hôpital pour une rétention d'urine à la suite d'une blennorrhagie.

On essaya l'uréthrotomie interne mais le conducteur de l'uréthrotomie Maisonneuve ne put être introduit. On se servit de l'uréthrotome Charrière. Sonde à demeure n° 8.

Le 2 juillet nouvelle uréthrotomie interne ; sonde n° 13 à demeure. Le 21 juillet le malade quitte l'hôpital, la miction se fait bien.

Mais il négligea de se sonder et le rétrécissement se reproduisit ; le 16 janvier 1872 il rentra à l'hôpital où on lui passa des sondes jusqu'au n° 14. Il sortit très amélioré.

Etat actuel. — 1^{er} septembre 1873. Depuis quelque temps il

s'était aperçu d'une grosseur indolente au niveau de la racine de la verge et à la partie postérieure du scrotum. A son entrée, on constate au périnée une petite tumeur, douloureuse, accompagnée de rougeur des téguments et de tuméfaction des bourses et de la racine de la verge.

Incision le soir même de son arrivée.

Issue de pus en abondance.

Le 20 septembre, la plaie périnéale se ferme ; on passe facilement la sonde n° 12.

Le 29 octobre, nouvel abcès urineux ouvert par le bistouri. Le malade demande une opération définitive.

3 novembre. — Tout le périnée est induré, de même que le scrotum et la racine de la verge. On trouve une première ouverture fistuleuse à la racine de la verge. Dans toute la portion scrotale, l'urèthre est complètement entouré d'indurations fort épaisses, un peu moins étendues à droite qu'à gauche. Immédiatement en arrière du scrotum, on trouve un second orifice fistuleux plus considérable reposant sur une induration qui se termine à trois travers de doigt de l'anus.

5 novembre. — Le malade étant anesthésié, on passe jusque dans la vessie un conducteur d'uréthrotome cannelé sur sa convexité. Au périnée, après avoir pratiqué une longue incision médiane, on extirpe les trajets fistuleux ainsi que les portions indurées qui les entourent. On met ainsi à nu la paroi inférieure du canal de l'urèthre.

Au scrotum, on fait une incision le long du raphè en ayant soin de ne pas pénétrer dans la tunique vaginale ; on réunit ensuite par un drain les deux incisions périnéale et scrotale.

Puis on pratique l'uréthrotomie interne et on introduit à demeure une sonde n° 16.

Le 7. — On enlève la sonde à demeure.

Le 8. — La miction se fait très bien par le canal ; il sort un peu d'urine par la plaie qui est superbe.

Le 10. — La quantité d'urine qui s'écoule par la plaie diminue.

12. — Les urines ne sortent presque plus par la plaie.

24. — Cathétérisme ; le n° 18 puis le n° 21 passent facilement.

Le 4 décembre on cautérise au nitrate d'argent la fistule antérieure qui seule donne passage à un peu d'urine.

Le 22. — Les indurations ont beaucoup diminué : le malade sort sur sa demande.

Le 5 août 1874, M. Guyon revit ce malade : la cicatrisation était parfaite, le scrotum avait recouvré sa souplesse normale. La miction était facile.

OBSERVATION XVII (Inédite et résumée).

(Due à l'obligeance de M. le L^r Sébilleau).

Rétrécissement blennorrhagique. — Fistules périnéales. — Uréthrotomie interne. — Exérèse du périnée. — Sphacèle de la paroi inférieure de l'urèthre.

X..., entre à l'hôpital Cochin (service de M. Quénu), en 1895 atteint de deux fistules périnéales consécutives à l'évolution de plusieurs abcès urineux survenus au cours d'un rétrécissement uréthral d'origine blennorrhagique.

Le périnée est induré et calleux dans une grande étendue. Les orifices fistuleux laissent tour à tour sourdre une petite quantité d'urine pendant la miction.

L'urèthre est fort rétréci, tortueux, obstrué par plusieurs valvules, la coarctation ne se laissant franchir que par le n° 6 des bougies en gomme. On essaie pendant plusieurs jours la dilatation après avoir tout d'abord laissé une bougie à demeure ; mais l'urèthre reste douloureux, saignant, réfractaire.

L'uréthrotomie interne est pratiquée sans difficulté ; la section faite, on introduit dans le canal une sonde à demeure qui va servir de guide pour la résection du périnée, celle-ci est pratiquée au moyen de deux incisions courbes à convexité externe englobant dans leur ellipse les deux orifices fistuleux. Dès que les couches superficielles sont dépassées, le malade saigne abondamment. Des soies sont jetées sur quelques vaisseaux, mais l'hémorragie continue à se faire en nappe. On arrive jusqu'à l'urètre un peu au-dessous duquel les deux trajets fistuleux se rejoignent ; la paroi inférieure est réséquée dans une très petite étendue (1 centimètre 1/2 à peine). L'hémorragie s'arrête ; suture partielle du périnée à deux étages.

Au cours de la journée, quelques heures après l'opération, le malade se plaignant de douleurs vives, l'interne de service enlève le pansement, trouve le périnée très distendu ; entre les fils de suture, on voit sourdre du sang rouge ; une assez grande quantité s'en est écoulée déjà par la gaze placée au fond de la plaie en manière de drain. Alors les fils sont sectionnés ; la plaie s'entr'ouvre, de nombreux caillots sont expulsés et une hémorragie abondante, en nappe, se fait.

On bourre la plaie de gaze iodoformée.

Le lendemain, quand on veut enlever le tampon, l'hémorragie recommence. De nouveau, on établit une compression qui est supprimée le lendemain.

Quand j'examine le malade cinq jours après l'opération, je vois, au fond du périnée, la sonde à demeure libre dans une étendue de quatre ou cinq centimètres. La paroi inférieure du canal, sphacélée sans doute par la pression exercée sur elle contre les parois rigides de la sonde, s'était détachée.

Après plusieurs mois de séjour à l'hôpital, le malade qui, du reste, avait été pendant quelque temps très affaibli par une suppuration périanale développée autour d'hémorroïdes infectées,

demande à partir, quoique perdant toujours une certaine quantité d'urine par la plaie périnéale non encore cicatrisée. Il a été revu depuis lors une seule fois, très amélioré mais non guéri. ✓

OBSERVATION XVIII

(Prise dans la thèse de Vergues. Paris, 1891).

Uréthrotomie interne. — Excision d'un trajet fistuleux uréthro-périnéal. — Ablation d'un calcul de l'urèthre. — Guérison.

L... Jules, 41 ans, ouvrier monteur à la Compagnie du Nord.

Blennorrhagie au régiment soignée par le copahu et les injections de sulfate de zinc. La guérison se fit et semble être complète. Il y a dix ans, seconde uréthrite légère, guérie au bout de quinze jours. Depuis lors le jet d'urine perd de sa force de jour en jour, il faut un effort pour établir la miction qui devient plus fréquente. Il y a deux ans le malade s'aperçoit pour la première fois d'une tuméfaction très dure occupant la portion scrotale de l'urèthre.

Le 28 décembre 1892, il entre à l'hôpital pour un abcès urineux qu'on incise ; quinze jours après l'urine sortait par une fistule qui persiste encore et par laquelle il sort une très petite quantité d'urine à chaque miction.

Il entra pour la deuxième fois à l'hôpital le 13 mars 1893.

Il urine toutes les deux heures environ ; l'urine est trouble, il s'en échappe une petite quantité à chaque miction par la fistule du périnée. De plus, en explorant la face inférieure de l'urèthre dans sa portion scrotale, on sent une petite masse très dure bien limitée, qui semble un véritable os plongé dans les parties molles.

Le canal admet la bougie n° 5. Un instrument métallique sonne sur les corps durs, calcaires qui semblent des incrustations situées sur la paroi inférieure du canal.

5 mai. — Uréthrotomie interne portant sur le rétrécissement

périnéen. Opération préliminaire de l'endoscopie qui permettait de porter un diagnostic définitif au sujet de la masse dure qui semble incluse dans la paroi inférieure du canal, à la portion scrotale.

10 mai. — L'endoscopie ne donne aucun résultat.

26 mai. — Excision du trajet fistuleux, ablation du calcul urétral qui constituait la masse dure décrite plus haut.

Sonde à demeure.

Suites opératoires bonnes, apyrétiques.

Lavages journaliers au bichlorure de mercure au 1/1000. Lavage de la vessie à l'eau boricuée. La brèche périnéale marche assez rapidement vers la cicatrisation. Dans la nuit du 3 au 4 juin, la sonde à demeure s'est échappée du canal. On n'en réintroduit une autre que dans la matinée du 5 juin ; cette manœuvre est facile.

Le 10 juin. — On constate un peu de tuméfaction douloureuse des deux épидidymes, manifeste surtout à droite.

A ce moment l'ouverture périnéale de la fistule admettrait à peine l'extrémité du petit doigt.

Le 21 juin. — On retire la sonde et depuis on fait au malade quelques instillations au nitrate d'argent, les urines étant encore légèrement troubles.

OBSERVATION XIX

Prise dans le cahier des uréthrotomies du professeur Guyon. In thèse de Noguès, 1892.

Rétrécissement blennorrhagique ; tumeur périnéale et fistules ; extirpation et drainage. — Uréthrotomie interne. — Guérison.

Fr..., 48 ans, entré le 20 mars 1890, salle Velpeau ; a eu deux blennorrhagies et, en 1875, a subi une uréthrotomie interne.

Il y a cinq mois, abcès urineux et fistule consécutive pour

laquelle il a été soigné par M. Peyrot qui lui a passé le béniqué 33.

A l'entrée, on ne passe plus que la bougie numéro 13 et, en arrière des bourses, on trouve une petite fistiule. Le 21 avril uréthrotomie interne, dissection et extirpation de la tumeur périnéale qui mesure 8 centimètres de long sur 5 de large. Au fond de cette plaie la paroi inférieure de l'urèthre est ouverte. Attouchement au thermocautère. Sonde à demeure.

Suites opératoires des plus simples.

Le 15 mai. — L'urine ne passe plus par la fistule ; béniqué 42.

Le 23 octobre. — Le malade rentre de nouveau pour une pyonéphrose gauche.

Revu le 18 août 1891 (16 mois plus tard) ; il continue à se faire dilater ; le béniqué 42 passe facilement ; périnée fermée et, chose plus remarquable, la pyonéphrose semble guérie.

OBSERVATION XX (Inédite et résumée).

(Due à l'obligeance de M. le Dr Sébilleau).

Fistules et indurations périnéales. — Uréthrotomie interne. — Exérèse. — Guérison.

M. X..., entre à l'hôpital Cochin, salle Boyer (service de M. le Dr Quénu) en 1894.

Il est porteur d'une fistule périnéale dont l'orifice, situé un peu en arrière du scrotum, laisse, pendant la miction, suinter un peu d'urine.

Le périnée, profondément, est rempli par un noyau induré.

Le canal de l'urèthre ne laisse passer qu'une bougie numéro 5.

Je pratique l'uréthrotomie interne, non sans avoir eu beaucoup de peine à introduire le conducteur. Je glisse ensuite une sonde à demeure dans le canal, sonde à demeure qui me sert de repère

dans la seconde opération que (séance tenante) je pratique sur le malade : L'exérèse du périnée.

Ayant, en effet, circonscrit entre deux incisions l'orifice fistuleux inférieur, je dissèque peu à peu, et sans que le malade perde pour ainsi dire du sang, le trajet calleux qui va jusqu'à l'urèthre; celui-ci se trouve ainsi ouvert dans une très petite étendue.

Sonde à demeure. Suture du périnée à deux étages. Drainage préventif de la partie antérieure de la plaie.

J'enlève la sonde à demeure après une semaine; un peu d'urine sort encore par le périnée pendant quelques jours, puis tout rentre dans l'ordre.

Je fais de la dilatation progressive et le malade quitte l'hôpital.

Je revois mon opéré de temps à autre; il vient, tous les deux mois, environ, me demander un cathétérisme. La guérison s'est parfaitement maintenue.

IV

La résection de l'urèthre fut imaginée et pratiquée pour la première fois par Lédran en 1731, mais ce ne fut qu'en 1860 que Bourguet d'Aix l'érigea en méthode dans un Mémoire à l'Académie de médecine. Depuis, elle fit l'objet de nombreux travaux, surtout à l'étranger : citons en Allemagne, Dittel Kœnig, Heusner, Hagler, en Italie, Erasme de Paoli, Parona, Cacciopoli, Codivilla. En France, elle a été préconisée par MM. Poncet, Lucas-Championnière, Guyon, Albarran, Horteloup, D. Mollière, etc.

La résection de l'urèthre a fait aujourd'hui ses preuves et donné entre les mains des chirurgiens dont nous venons de citer les noms, des résultats remarquables. Combinée à l'extirpation des fistules, elle constitue une excellente méthode.

OBSERVATION XXI (résumée).

Empruntée à la thèse de M. Parizot.

Rétrécissement traumatique. Extirpation d'une fistule périnéale. Résection de l'urèthre. Guérison.

S... Jean, 55 ans, maçon, le 7 novembre 1883, dans le service de M. Mollière à Lyon.

Jamais de blennorrhagie.

Au mois de mai 1883, traumatisme de la région périnéale, miction rendue impossible ; on essaya le cathétérisme qui réussit pleinement.

Le 5 novembre. — Vives douleurs dans le périnée, développement d'une tumeur fluctuante qui est incisée le 8. La plaie ne tend pas à se refermer les jours suivants. Durant la miction, la plus grande partie de l'urine s'écoule à travers la fistule dont les parois présentent un empâtement et une dureté de plus en plus grande.

Opération. — Le 9 décembre. — Incision pratiquée depuis la racine des bourses jusqu'à la partie antérieure de l'anus ; dissection des bords de la plaie. On aperçoit alors une masse dure, à bords nets, du volume d'un œuf ; on l'isole facilement et on l'extirpe.

Le canal est réséqué sur une longueur de 3 centimètres ; les deux portions sont réunies par trois fils métalliques qu'on laisse pendre aux parties déclives de la plaie.

Les deux bords de la plaie périnéale sont affrontés et suturés par du fil métallique plus gros. Un drain très petit est laissé par précaution à la partie inférieure de la plaie. On introduit une sonde qui est laissée à demeure pendant sept jours ; on la change au bout de ce temps et la nouvelle sonde est introduite avec autant de facilité que dans un urèthre normal.

Le dix-huitième jour après l'opération, la sonde est définitivement enlevée, mais le cathétérisme a lieu à chaque besoin de miction. Les fils métalliques sont tous enlevés.

Il est arrivé au malade d'uriner à deux ou trois reprises sans la sonde ; pas une goutte de liquide n'est sortie par le périnée.

La plus grande partie de la plaie périnéale se réunit au bout de quelques jours par première intention. Deux points, l'un à la partie déclive, l'autre à la partie moyenne, restèrent un peu bourgeonnants et suintèrent légèrement, mais sans suppurer.

La malade sortit le 25 février 1884 complètement guéri. La guérison se maintint.

OBSERVATION XXII (Résumée).

(Empruntée à la thèse de M. Parizot).

Rétrécissement blennorrhagique. — Extirpation d'une fistule périnéale. — Résection et suture de l'urèthre. — Guérison.

G... (Marius), 41 ans, tonnelier, entre le 15 décembre 1883, dans le service de M. Mollière.

Plusieurs blennorrhagies antérieures, la première à 17 ans. Il a eu de plus un chancre et des bubons suppurés ; jamais il n'a remarqué d'éruptions, ni de manifestations syphilitiques de la bouche ; seulement une alopécie disséminée avec chute des ongles.

Depuis 12 ans la miction est difficile ; au mois d'août dernier il se développa une tuméfaction inflammatoire du périnée qui atteignit rapidement le volume d'un œuf. Cet abcès fut ouvert et laissa après lui une fistule périnéale. Au bout d'un mois et demi nouvel abcès dans la même région.

Le malade entre le 15 décembre ; la fistule du périnée est assez large et laisse passer une bonne partie de l'urine : il s'en échappe une quantité à peu près égale à celle qui passe par le méat. La masse sur laquelle repose cette fistule est dure, très épaisse, du volume d'un œuf.

Opération le 28 décembre : l'incision commence à la racine des bourses et contourne à droite et à gauche la fistule qui doit être extirpée avec les tissus indurés. Après dissection de la peau, on aperçoit une masse blanchâtre du volume d'une petite orange ; on la soulève avec une pince à griffes et on l'excise ; toutes les portions dures qui persistent sont soigneusement enlevées. L'urèthre est sectionné sur une longueur de 3 centimètres ; on réunit

le segment antérieur au bout postérieur par trois fils métalliques, après avoir au préalable placé à demeure une sonde en gomme. Réunion de la plaie périnéale dont on rapproche facilement les bords .

Suites opératoires exemptes de tout accident.

Le 15 janvier 1884. — La plaie périnéale est réunie en partie ; les fils sont enlevés. La réunion a manqué à la partie déclive et dans un petit point de la partie moyenne.

Le 30. — Les deux petits points non réunis tendent à se cicatriser ; le malade urine sans sonde.

Le 25 février. — La plaie est complètement cicatrisée ; la miction se fait sans difficulté. Le malade est tenu en observation jusqu'au 26 mars, date de sa sortie,

Aucune modification ne s'est produite.

OBSERVATION XXIII (résumée)

(Extraite de la thèse de M. Parizot).

Rétrécissement blennorrhagique. — Abscès urineux. — Excision de fistules périnéales. — Résection de l'urèthre. — Guérison.

Sch... (Victor), 53 ans, employé de commerce, entre à l'hôpital le 30 janvier 1884, service de M. Mollière.

Il a eu cinq ou six blennorrhagies, la première à 20 ans, la dernière à 33 ans. Difficulté croissante de la miction. Il y a quatre ans abcès périnéal qui fut ouvert à l'hôpital ; les urines s'écoulèrent en partie par cet orifice, en partie par l'urèthre ; guérison au bout de cinq mois.

Huit mois plus tard, nouvelle tumeur fluctuante dans la même région et ouverture quelques jours après.

Depuis lors trois nouveaux abcès se sont formés, le dernier en

octobre 1883. L'ouverture spontanée de cet abcès a persisté, laissant s'écouler une partie de l'urine.

Le 15 janvier 1884. — La miction devient très pénible, très douloureuse et n'aboutit qu'à l'expulsion de quelques gouttes d'urine. C'est dans cet état qu'il entre à l'hôpital le 30 janvier 1884.

On constate dans la région périnéale une fistule située un peu à gauche de la ligne médiane, à 1 ou 2 centimètres de la racine des bourses; elle repose sur une surface indurée du volume d'un œuf. L'urine assez claire, s'écoule en partie par la fistule, mais en plus grande quantité par l'urèthre. Le cathétérisme est impossible.

Opération. — Le 1^{er} février. — Un catheter est introduit jusqu'au niveau du point induré et tenu solidement par un aide. Incision antéro-postérieure commençant sur le raphè, mais passant à droite et contournant l'ouverture fistuleuse. Les bords de la plaie étant tenus de côté par des écarteurs, la tumeur calleuse est séparée des régions latérales saines; pour la détacher des parties profondes, le bistouri incise un tissu dur, criant, englobant l'urèthre. Celui-ci est sectionné sur une étendue de 1 centimètre 1/2 environ; à l'aide de trois fils on réunit le bout antérieur avec le bout postérieur. Puis suture du périnée et léger drain à la partie déclive. Sonde à demeure.

Les premiers jours qui suivent l'opération, la plaie se ferme en partie: mais le 7 février, le malade ayant retiré sa sonde, il est impossible de la replacer. A la suite des efforts du cathétérisme, l'urine passe en plus grande quantité par la plaie du périnée. On se décide à faire sauter les points de suture pour prévenir l'infiltration d'urine.

Le 12 février. — M. Mollière tente le cathétérisme et parvient à introduire une sonde à demeure. Les bords de la plaie périnéale n'étant pas réunis, le malade urine presque uniquement par cette sonde.

6 mars. — La sonde à demeure est enlevée, le malade ne se cathétérise qu'au moment de la miction.

21 mars. — Il urine sans sonde depuis huit jours, la plaie périnéale est complètement cicatrisée.

OBSERVATION XXIV.

Albarrañ. Congrès de chirurgie, 1892.

Rétrécissement blennorrhagique. — Extirpation d'une fistule périnéale persistante après l'uréthrotomie interne. — Résection de trois centimètres d'urèthre. — Guérison.

M. R..., 38 ans, a eu trois blennorrhagies dont la plus ancienne remonte à 15 ou 16 ans. Il y a deux ans, abcès urinaire en arrière des bourses; uréthrotomie interne et dilatation jusqu'au n° 45 béniqué. Quelques mois après nouvel abcès périnéal qui s'ouvrit spontanément: la fistule ne se ferma pas malgré le passage régulier des béniqués.

A l'examen du malade, nous constatons que le canal admet facilement une bougie n° 20 qui nous fait sentir un anneau dans la portion scrotale et deux autres très rapprochés de ceux-ci dans la région bulbaire. Urines un peu troubles.

Sur le périnée, en arrière du scrotum, il existe dans la ligne cicatricielle de l'ancienne incision un orifice fistuleux dans lequel on peut engager un stylet de un centimètre et demi de profondeur.

Tout autour de cet orifice le périnée est fistuleux, et l'on peut saisir avec le doigt un gros noyau fibreux qui fait corps avec l'urèthre. Pendant la miction, il s'écoule quelques gouttes d'urine par la fistule.

Opération. — Le 29 juin 1891. — Antisepsie de l'urèthre. Double incision périnéale circonscrivant l'orifice fistuleux. Dissection

assez pénible du noyau fibreux car le malade saigne beaucoup. Incision de l'urèthre bulbaire sur la sonde molle n° 20, introduite au début de l'opération. Je constate que l'urèthre est très altéré dans une étendue de trois centimètres, excepté dans la paroi supérieure qui est souple et d'apparence normale. L'orifice fistuleux ne s'ouvre pas sur la paroi inférieure, mais sur le côté gauche de l'urèthre. J'excise alors les parties malades en conservant une lanière de la paroi uréthrale supérieure qui est saine.

Suture à trois étages des parties molles.

Tout va bien pendant les deux premiers jours, mais le troisième jour la température ayant monté à 38°2, je défais le pansement, et, le périnée me paraissant un peu tendu, j'enlève deux points de suture; il s'écoule quelques gouttes de pus sanglant et, en lavant l'urèthre, je constate que le liquide ne s'écoule pas par le périnée.

Tout va bien depuis. Le troisième jour les points de suture sont enlevés. La sonde à demeure, changée tous les deux jours, est maintenue en place jusqu'au dixième jour.

La place périnéale était complètement cicatrisée le vingt-quatrième jour après l'opération.

Ce malade est resté parfaitement guéri neuf mois après l'opération, et, quoiqu'il ait négligé de se sonder pendant cet intervalle, il peut passer facilement une sonde de Nélaton n° 20.





CHOIX D'UNE MÉTHODE SUIVANT LE DEGRÉ ET LA FORME DE LA STRICTURE

De la lecture des observations précédentes, il résulte que l'exérèse, dans le traitement des fistules uréthro-périnéales compliquées, peut-être considérée comme la méthode de choix ; c'est une sorte de *cure radicale* agissant en supprimant le principal obstacle à la guérison.

Mais ici une question se pose. Peut-on indifféremment et au hasard employer chacun des procédés décrits plus haut ? En d'autres termes, le rétablissement du canal, ce complément si important de la guérison des fistules, pouvant être obtenu de quatre façons différentes, il est permis de se demander en face d'un malade quel procédé convient le mieux au cas particulier ; le chirurgien peut à bon droit se trouver embarrassé. Nous ne voulons pas entrer ici dans une longue discussion sur le traitement des rétrécissements de l'urèthre, ce serait hors de notre sujet.

Néanmoins il nous semble utile de formuler certaines considérations qui peuvent guider le chirurgien dans son choix. C'est en somme de la guérison du rétrécissement que dépend la guérison définitive des fistules, et il n'est pas indifférent pour un malade de subir une résection de l'urèthre lorsqu'une simple dilatation du canal aurait suffi.

Dans les cas récents, lorsque les tissus avoisinant la fistule sont peu indurés ou lorsqu'ils forment une petite tumeur facilement isolable; lorsque de plus le rétrécissement se laisse facilement franchir, on a toutes raisons de croire que la dilatation progressive et bien conduite suffira pour rendre à l'urèthre son calibre normal. Avant de se décider, il faudra placer le malade dans la position obstétricale, comme le conseille M. Guyon, et faire un examen attentif du périnée. A plus forte raison la dilatation suffirait-elle dans ces « *rétrécissements larges* » où il n'existe qu'une diminution relative du calibre uréthral. Mais des cas de ce genre sont rares, ainsi que nous l'avons vu plus haut; le plus souvent on sera obligé d'avoir recours soit à l'uréthrotomie externe, soit à l'uréthrotomie interne. Le choix entre ces deux dernières méthodes peut être laissé à l'appréciation de l'opérateur; cependant, malgré les succès incontestables qu'a donnés l'uréthrotomie externe, nous pensons que l'uréthrotomie interne est, dans la majorité des cas, préférable. Voillemier est même allé jusqu'à déclarer que « lorsqu'il est possible d'introduire dans l'urèthre une bougie, si petite qu'elle

soit, l'uréthrotomie externe est contre-indiquée. » Cette opinion est trop exclusive ; MM. Desnos et Kirmisson, dans leur article *Uréthrotomie* du *Dictionnaire encyclopédique*, ont mis la question au point en disant : « Il est un certain nombre de rétrécissements très étroits, durs, fibreux, qui ont déjà récidivé plusieurs fois, soit après l'uréthrotomie interne (Voir Obs. XI), soit après la dilatation, qui sont accompagnés de fistules multiples et d'indurations périnéales considérables, pour lesquels l'uréthrotomie externe est indiquée.

Nous sommes donc amené à élargir les indications de l'uréthrotomie externe dans les cas de rétrécissement et nous dirons : l'uréthrotomie externe sans conducteur est applicable à tous les cas de rétrécissements infranchissables.

L'uréthrotomie externe sur conducteur doit être faite dans un petit nombre de cas de rétrécissements très durs, très étroits, compliqués de fistules anciennes avec indurations périnéales profondes, qui sont réfractaires aux autres méthodes de traitement. »

En résumé, uréthrotomie externe dans les rétrécissements infranchissables ou très étroits ; uréthrotomie interne dans les autres cas, qui sont, à n'en pas douter, les plus nombreux.

Reste à parler de la résection de l'urèthre, méthode qui, dans ces dernières années, a fait de nombreux partisans. Vergues, dans sa thèse de 1894, la considère comme le traitement de choix dans les rétrécissements traumatiques, dont le siège le plus

fréquent est la région périnéale. « Dans ces cas, dit-il, pour obtenir quelque avantage de l'uréthrotomie externe, il faut que la section porte, non sur le tissu cicatriciel lui-même, mais sur une portion saine du canal. Or, dans le cas de rétrécissement traumatique, ou bien la sténose est formée par un tissu cicatriciel complet, ou bien ce tissu cicatriciel n'existe que sur la paroi inférieure du canal; dans l'un et l'autre cas la section faite par la voie périnéale ne pourra porter sur une partie saine et dans aucun cas on ne peut obtenir une cure radicale. Pour obtenir de minces avantages, il faudra répéter l'opération et condamner le rétréci à un sondage perpétuel sans obtenir dans aucun cas une guérison définitive. »

Dans le *Mercredi Médical* du 23 décembre 1891, le professeur Guyon s'exprimait ainsi: « Si maintenant nous considérons l'évolution ultérieure des rétrécissements traumatiques, non pas chez les malades abandonnés à eux-mêmes, mais chez ceux qui sont traités, nous ne tarderons pas à nous convaincre qu'un autre de leur caractère (après l'évolution rapide) est de récidiver avec la plus grande facilité. »

Le quatrième de nos malades est un exemple frappant de l'inefficacité de la dilatation.

L'uréthrotomie interne ne vaut pas mieux. Quant à l'uréthrotomie externe, ceux qui suivent mon service depuis quelque temps ont pu voir au n° 18 de la salle Velpeau, un ancien malade qui nous est revenu avec une récurrence rapide après cette opération. Je ne ferai également que vous rappeler l'his-

toire de ce petit malade âgé de 14 ans, auquel j'ai fait avec grand succès la résection partielle de l'urèthre il y a quelques mois et qui auparavant avait subi sans résultat l'uréthrotomie interne et deux uréthrotomies externes ; je pourrais vous en citer plusieurs autres, je me contente de ceux que vous avez vus ».

Les rétrécissements blennorrhagiques sont moins souvent justiciables de la résection ; en effet la sténose est moins rapide et moins complète que dans les rétrécissements traumatiques, les parois uréthrales ne sont souvent altérées que sur un point de leur pourtour et il n'existe ici qu'exceptionnellement cette sorte de virole scléreuse étranglant l'urèthre ; de plus, et c'est là un de leurs grands caractères, ils sont souvent multiples. Il ne faut pas oublier cependant que les rétrécissements blennorrhagiques sont dus, tantôt à l'inflammation de la muqueuse, tantôt à la rupture de l'urèthre qui donne lieu par la suite à une véritable cicatrice (érection violente, rupture de la corde dans le cours de la chaude-pisse). Ces derniers cas peuvent être jusqu'à un certain point assimilés aux rétrécissements traumatiques siégeant dans la portion périnéale et par conséquent les indications seront les mêmes.

On peut donc dire en résumé que la résection de l'urèthre doit être recommandée en même temps que l'extirpation des fistules pour tous les rétrécissements traumatiques siégeant dans la portion péri-

néale de l'urèthre; pour les rétrécissements blennorrhagiques de la même région, bien limités, indilatables et infranchissables.

Déjà en 1860, Bourguet d'Aix avait dit : « L'excision est spécialement indiquée dans les rétrécissements organiques très durs, calleux ou cartilagineux, complètement infranchissables, formés par une induration ou une nodosité volumineuse, rebelles à tous les traitements dont le chirurgien dispose à l'heure actuelle et considérés jusqu'ici comme entièrement incurables. »





MANUEL OPÉRATOIRE

Pour extirper les fistules et les callosités, il existe deux principales manières de procéder : on peut, comme le fait notre maître, M. le professeur agrégé Sébilleau, pratiquer deux incisions convexes circonscrivant la tumeur et emporter ainsi une tranche du périnée qui contient les tissus indurés et les fistules; ou bien, selon la pratique de M. le professeur Guyon, ne faire qu'une incision médiane et se livrer ensuite à une dissection attentive des callosités.

Nous allons décrire successivement ces deux procédés.

Premier procédé (Voillemier, Verhoogen, M. Sébilleau). — Le malade est placé dans la position de la taille périnéale; les bourses sont relevées par un aide et l'on prend toutes les précautions antiseptiques de rigueur. Puis une bougie mince, un conducteur de l'uréthrotomie de Maisonneuve, par exemple, est passée dans l'urèthre et conduite au travers du rétrécissement si possible, jusqu'à la ves-

sie. Si l'on ne parvient pas à passer, un cathéter métallique est poussé jusqu'au niveau du rétrécissement, comme s'il s'agissait de faire l'uréthrotomie externe sans conducteur.

On incise alors sur la sonde cannelée tous les trajets fistuleux de façon à bien se rendre compte de l'étendue du foyer. Puis on fait partir de l'extrémité supérieure de ce foyer, au niveau de la racine des bourses, deux incisions convexes en dehors qui circonscrivent toute la partie malade et viennent se réunir sur la ligne médiane à 1 centimètre environ en avant de l'anus. Ces deux incisions sont continuées vers la profondeur du périnée et dirigées vers le canal, au contact duquel elles viennent se réunir. On enlève par là un morceau du périnée analogue à un quartier d'orange et qui contient tout le tissu malade. S'il reste des points indurés situés en dehors, on les enlève aux ciseaux, de façon à bien dégager le canal de toutes les indurations périphériques et on aperçoit l'urèthre au fond de la plaie, semblable à une « *grosse artère injectée* » suivant l'heureuse expression de Horteloup.

On peut ainsi examiner le canal, rechercher les lésions qu'il présente, le siège du rétrécissement, des fissures, etc. On peut aussi, s'il le faut, pratiquer l'uréthrotomie interne, la résection, la suture.

Puis on introduit une sonde qui restera à demeure. On suture la partie antérieure de la plaie, ce qui se fait facilement parce que les tissus voisins sont souples et se laissent aisément amener au contact. La

partie inférieure, au voisinage de l'anus, n'est pas réunie et on y introduit un bon tampon de gaze. La sonde est laissée à demeure une huitaine de jours ; au bout de ce temps, la cicatrisation est obtenue si tous les tissus indurés ont été enlevés ; sinon la guérison complète demande quelques soins consécutifs.

Voillemier employait un manuel opératoire analogue qu'il décrit en ces termes dans la *Gazette hebdomadaire* de 1874 : « L'opérateur soutient le périnée avec sa main gauche posée à plat, et, s'armant du bistouri qu'il tient de la main droite comme une plume à écrire, il fait de chaque côté du raphé une incision courbe, allongée, allant de la racine des bourses jusqu'au devant de l'anus, de manière à circonscrire un espace ovalaire, long de 5 à 6 centimètres et large de 4, dont le milieu correspond autant que possible au point présumé de l'orifice interne de la fistule. Il poursuit ces incisions des parties superficielles aux profondes et de dehors en dedans pour arriver jusque sur l'urèthre. Pendant cette dissection, il a grand soin de porter de temps en temps l'indicateur de la main gauche dans la plaie pour reconnaître la sonde qui doit lui servir de point de repère. Quand il est arrivé sur le canal, il détache toute la portion des parties molles comprise entre les incisions.

On obtient ainsi une plaie ovalaire assez profonde dont les faces latérales sont obliques de dehors en dedans et dont le fond est occupé par l'urèthre qui se trouve mis à nu dans l'étendue de 2 centimètres environ. La perforation de ce dernier n'est pas

apparente, mais on trouve sur un des points de sa longueur des végétations légèrement saillantes, molles, couleur lie de vin, qui indiquent, d'une manière certaine, le siège de l'ouverture interne de la fistule. La plaie marche ordinairement de la façon la plus régulière et elle est complètement cicatrisée au bout d'un mois environ. Alors, malgré la perte de substance éprouvée par le périnée, c'est à peine s'il reste quelque trace de l'opération. »

En 1894, Verhoogen de Bruxelles a employé ce même procédé chez trois malades qui ont parfaitement guéri; nous avons reproduit plus haut leurs observations.

Second procédé. — (M. Guyon). — Le professeur Guyon, justement préoccupé d'atteindre et d'ouvrir le clavier central, a recours à un manuel opératoire différent : au lieu d'attaquer les fistules et les tissus modifiés de dehors en dedans, il les attaque de dedans en dehors, en rayonnant de la poche juxta-urétrale vers la périphérie.

« Je fais, dit-il, une incision médiane et j'avance progressivement dans l'épaisseur du périnée, faisant écarter les parties latérales avec des érignes aiguës jusqu'à ce que j'aie découvert le clavier central. Ceci fait, je m'assure de la situation de l'urèthre que l'on sent dans la profondeur comme un cordon fibreux que l'on peut même rendre plus facilement sensible en faisant jouer la sonde. J'incise alors les trajets fistuleux, soit de la poche centrale à la peau soit de

la peau à la poche. Mais j'aurais agi insuffisamment si je n'attaquais les parois de la poche. Je les enlève soit avec des ciseaux ou avec le bistouri, je les dissèque ou les abrase avec la peau. On fait ainsi dans certains cas une brèche énorme, mais il n'y a pas lieu de s'en inquiéter, les tissus granuleront facilement et rapidement et la perte de substance sera vite comblée ». (1)

En résumé, que l'on choisisse les deux incisions courbes de Voillemier ou l'incision unique et médiane de M. Guyon, on arrive en définitive au même résultat, c'est-à-dire à l'extirpation des callosités ; on supprime les tissus altérés, sclérosés qui s'opposaient à la guérison des fistules, et on leur substitue une plaie simple dans des tissus bien vivants dont la cicatrisation va s'opérer sans encombre. Il ne faut jamais craindre d'enlever trop de peau au périnée en pratiquant l'exérèse ; on sera étonné de voir avec quelle facilité la peau des régions voisines se laisse distendre et quelle puissance de réparation possède la région périnéo-scrotale.

Si Voillemier obtenait déjà de son temps des résultats remarquables, que n'est-on pas en droit d'espérer aujourd'hui que l'antisepsie est venue rénover la chirurgie tout entière et permettre aux opérateurs de tenter avec confiance des interventions considérées jadis comme des audaces opératoires ?

1. *Annales des maladies des organes génito-urinaires* avril 1889.



SUR UN ACCIDENT (SPHACÈLE DE LA PAROI INFÉRIEURE DE L'URÈTHRE) CAUSÉ PAR LA SONDE A DEMEURE.

En lisant l'observation XVII, on a pu voir qu'il était survenu, quelques jours après l'opération, une gangrène de la paroi inférieure de l'urèthre, accident grave sur lequel nous voulons ici attirer l'attention.

Lorsque la portion malade du périnée a été enlevée, il reste à sa place une brèche considérable qui saigne parfois assez abondamment; pour arrêter l'hémorrhagie, on a alors tendance à faire un pansement compressif, à bourrer la plaie de gaze iodoformée sans songer qu'on comprime ainsi la paroi inférieure de l'urèthre contre la sonde à demeure introduite après l'opération. La compression peut même être assez forte, pour déterminer un sphacèle plus ou moins étendu de la paroi uréthrale.

Cette complication de la sonde à demeure a du reste paru depuis longtemps préoccuper les auteurs. Boyer doit certainement y avoir songé quand il écrit

dans son *Traité des maladies chirurgicales* : « Cette opération (l'excision des fistules) consiste à faire une incision profonde et d'une grande étendue au périnée sur le trajet des fistules et à emporter une partie des callosités et des téguments endurcis, criblés d'ouvertures fistuleuses et désorganisés. On remplit cette incision *mollement* avec de la charpie et on applique sur les bourses un cataplasme émollient. »

Dans un autre passage de son livre on peut lire : « Des gangrènes, des crevasses, peuvent être produites par la pression que la sonde exerce sur la partie de l'urèthre qui répond à la racine de la verge, au devant des bourses. Cette pression attire en cet endroit une inflammation gangréneuse qui donne lieu à la formation d'une escharre et ensuite à une ouverture avec perte de substance laquelle reste quelquefois fistuleuse pendant toute la vie. Pour éviter ces inconvénients, J. L. Petit fit construire des sondes qui avaient une double courbure et dont la forme était semblable à celle d'une S... Les sondes flexibles (gomme élastique) n'ont pas les mêmes inconvénients. »

Il faut donc savoir que l'emploi isolé de la sonde à demeure, dans le traitement des fistules urinaires, peut dans certains cas être l'origine d'accidents graves. Dans la première moitié de notre siècle, les chirurgiens se servaient de la sonde à demeure dans presque tous les cas de fistules au périnée ou au scrotum : Ledran, Désault, Choppart, Boyer ont préconisé cette méthode. Ce ne fut qu'en 1840 qu'un

revirement se produisit lorsque Mercier, dans ses recherches sur le traitement des maladies des organes génito-urinaires, signala une série d'accidents, tels que uréthro-cystite, fièvre urineuse, ulcérations du canal, etc.

C'est sous l'influence de ces nouvelles idées que Velpeau écrivait en 1842 : « La sonde à demeure doit être le plus souvent rejetée et le cathétérisme lui être préféré parce que :

1° La sonde à demeure irrite les tissus, entretient la suppuration et l'écartement de la plaie ;

2° Il y a filtration de l'urine entre la plaie et l'algale (1). »

Ces complications qui ont tant effrayé les chirurgiens consistent en plaques gangréneuses, en ulcérations uréthrales suivies de phénomènes graves (infiltration d'urine, etc) ; cependant avec des précautions on peut conjurer la formation de ces ulcérations ; car, dit Mercier lui-même, « elles résultent, chez les vieillards surtout, de la compression par des sondes trop rigides, » et, pour Cocteau, « la perte de substance se fait à la paroi inférieure du canal et ordinairement dans la portion de l'urèthre située en avant du scrotum, c'est-à-dire dans le point où la sonde le déprime. »

Donc la présence seule d'une sonde à demeure dans le canal peut donner lieu à des accidents, si l'on ne surveille pas attentivement le malade ; à

1. *Dictionnaire de Médecine. Art. Prostate.*

plus forte raison ces accidents se produiront-ils, si la paroi de l'urèthre, mise à nu au fond de la brèche périnéale, est comprimée, par un pansement trop serré, sur la sonde à demeure qui agit à la façon d'un véritable corps étranger.

C'est précisément ce qui est arrivé au malade dont nous avons rapporté l'histoire.

Le chirurgien devra toujours avoir présente à l'esprit la possibilité de pareils accidents, et savoir que pour s'en mettre à l'abri il lui suffira d'observer quelques précautions bien simples.

La sonde introduite dans l'urèthre ne devra être ni trop volumineuse pour ne pas irriter outre mesure la muqueuse, ni trop mince pour que l'urine ne puisse filtrer entre elle et les parois uréthrales ; on la choisira autant que possible d'un calibre égal à celui du canal ; de plus, on emploiera des sondes en caoutchouc rouge, molles, exactement cylindriques ; elles sont en effet moins irritantes et s'incrassent moins facilement que les sondes en gomme élastique. Ne pas oublier de surveiller l'état général du malade : à la moindre douleur, au premier frisson on changera la sonde ou on la retirera temporairement ou pour toujours.

En faisant le premier pansement, on se gardera bien, sous prétexte d'arrêter l'hémorrhagie, de faire un véritable tamponnement de la plaie en la bourrant de gaze iodoformée ; quelques tampons de gaze suffiront et l'on serrera modérément, *mollement*, comme le dit Boyer.

Le sphacèle de toute une paroi de l'urèthre est un accident d'une extrême gravité, pouvant par ses conséquences faire perdre au malade tout le bénéfice qu'il aurait pu retirer de l'opération ; d'autre part, les précautions à prendre pour s'en préserver, sont, comme on vient de le voir, fort simples ; il suffit d'y songer.

Ces considérations nous paraissent légitimer le chapitre spécial que nous consacrons dans notre thèse à cette complication de la sonde à demeure.



CONCLUSIONS

Nous croyons pouvoir tirer de ce travail les conclusions suivantes :

1° L'exérèse peut être considérée comme la méthode de choix dans le traitement des fistules uréthro-périnéales; elle a pour but d'extirper les tissus calleux, sans vitalité, qui entourent les fistules et font obstacle à leur cicatrisation; c'est d'elle seule qu'on doit attendre la guérison dans ces cas anciens, incurables par les autres procédés et compliqués d'indurations périnéales étendues;

2° Suivant les cas, on pourra lui associer l'uréthrotomie externe, l'uréthrotomie interne ou la résection de l'urèthre. L'uréthrotomie interne, quand elle est possible, est préférable;

3° Après l'opération, ne pas oublier que la paroi inférieure de l'urèthre, comprimée sur la sonde à demeure, peut aisément se sphacéler; d'où la pré-

caution de ne pas serrer outre mesure le pansement et de surveiller attentivement le malade pendant les premiers jours.

Vu par le Président de la thèse,
TERRIER.

Vu par le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.



INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ALBARRAN. — Résection partielle de l'urèthre. Communic.
au congrès de chirurgie, 1892.
- AMUSSAT. — Leçons sur les rétentions d'urine, publiées par
A. Petit, 1832.
- BOUILLY. — Article Fistules urinaires, in Nouveau Dict. de
Méd. et de Chir., 1885.
- BOYER. — Maladies chirurgicales. T. IX, p. 265.
- CESPRÉ. — Fistules de l'urèthre au périnée et au scrotum.
Th. Paris, 1870.
- CHOPART. — Traité des maladies des voies urinaires, notes de
Ségalas. Paris, 1855, p. 428.
- CIVIALE. — Des fistules urinaires. In Bulletin de Thérapeuti-
que, 1865.
- COCTEAU. — Des fistules uréthrales chez l'homme. Thèse
d'agrégation, 1869.
- DITTEL. — Die Stricturen der Harnröhre (Harnfisteln) in
Pitha-Billroth.
Ueber Harnrohrenfisteln bei Stricturen Wien. med.
Wochenschrift, 1863.
- EBERMANN. — Zur Behandlung der callösen Harnfisteln in

Perineum und Scrotum (Int. cent. f. Phys. der Ham und Sexual org., 1889, n° 5.

GOURAUD. — De la cure radicale de certains rétrécissements de l'urèthre par la résection suivie de suture. Thèse Paris, 1892.

GUYON. — Fistules urinaires. Clin. chirurg. in Sem. méd., 1883, p. 77.

— Traitement des fistules urinaires périnéales et périnéo-scrotales. Ann. des mal. des org. gén. ur., 1889, p. 193.

— De la résection partielle de l'urèthre périnéal, suivie de restauration immédiate et complète. Congrès de chirurgie, 1892. In Ann. des mal. des organ. gén. ur., 1892, p. 321.

— Leçon sur la libération externe de l'urèthre périnéal. Ann. des mal. des org. gén. ur., févr. 1894.

HAGLER. — Zur Behandlung der Harnrohrenverletzungen und ihrer Folgen. Deutsche Zeitschrift für Chir., 13 juin 1889.

HEISTER. — Institutiones chirurgicæ. T. III, p. 777.

HORTELOUP. — Communication sur l'uréthrotomie externe. Bull. et Mém. de la Soc. de Chir., 1879, p. 734-739.

— Traitement des rétrécissements traumatiques de l'urèthre. Acad. de Méd., 1890.

JOUON. — De la résection et de la suture de l'urèthre. Bull. Soc. de Chir., 1892, p. 319.

LADROITTE. — Etude sur l'oblitération de l'urèthre non congénitale. Thèse Paris, 1885.

LEDUAN. — Observations de chirurgie, 1731. T. II, p. 145.

LEGUEU et CESTAN. — Des indications opératoires dans les rétrécissements traumatiques de l'urèthre. Ann. des mal. des org. gén. ur. Sept. 1893.

MARTIN. — Etude clinique sur le traitement de quelques com-

plications des rétrécissements de l'urèthre. Thèse Paris, 1875.

MOLLIÈRE (Daniel). — Traitement des rétrécissements cicatriciels de l'urèthre, compliqués de fistules. In Lyon médical, 25 mai 1884.

MONOD. — Article: Fistules urinaires, in Dict. encyclôp. des sciences médicales.

NOGUÈS. — Thèse de Paris, 1892.

PARIZOT. — De l'excision des rétrécissements calleux de l'urèthre, suivie de réunion immédiate. Th. de Lyon, 1884.

PAUFFARD. — Traitement des fistules uréthro-périnéales et uréthro-scrotales. Thèse Paris, 1879.

PHAPHOUTAKI. — Fistules uréthrales périnéo-scrotales. Thèse Paris, 1871.

ROBSON. — Traumatic urethral stricture cured by excision. Brit. med. Journ. March., 1885.

ROLLET. — Résection de 6 centimètres d'urèthre, rétréci, avec fistules et énormes callosités, suivie de restauration immédiate par suture à étages du périnée. Lyon médical, 25 mars 1894.

SCEMMERING. — Über die todlichen Krankheiten der Harnblase und Harnröhre alter Mænner. 2^e Ausgabe 1822, p. 251 et 252.

THOMPSON. — Pathology and Treatment of stricture of the Urethra and urinary fistulæ. Londres, 1858.

VERGUES. — Thèse de Paris, 1894.

VERHOOGEN. — Traitement des fistules urinaires périnéales par la résection complète. Soc. belge de chir. In Ann. des mal. des org. gén. ur., 1894, p. 715.

VOILLEMIER. — Traité des maladies des voies urinaires. T. I, p. 422.

— De l'excision d'une partie du périnée comme moyen de

traiter les fistules uréthro-périnéales. *Gaz. hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*, 1874, p. 379.

WALH. — Über Excision der Narbencallus bei traumatischen Stricturen der Harnrohre mit nachfolgender Urethroraphie. *Saint-Petersbourg medical Week*, 7 décembre 1889.

WATSON. — On the treatment of urinary fistula by suture or resection of the urethra. *Boston medical and surgical journal*, 10 janvier 1895.

X. — Oblitération du canal de l'urèthre ; fistules urinaires multiples ; étude du tissu induré traversé par les trajets fistuleux. *Bulletin de la Société anatomique de Nantes*, 1879.



